

山口県医師会報

発行所 山口県医師会
〒 753-0811 山口市大字吉敷 3325-1
083-922-2510
編集発行人 藤井康宏
印刷所 大村印刷株式会社
定価 220 円 (会員は会費に含め徴収)

平成 14 年 12 月 21 日号

1664



雪のパーク・ロード

城島 宏行 撮

平成 14 年歳末放談	1040
第 23 回全国勤務医部会連絡協議会	1058
第 79 回生涯研修セミナー	1061

いしの声「私とゴルフ」	1069
会員の動き	1070
日医 FAX ニュース	1071
編集後記	1075
山口県感染性疾病情報	1076
ご案内・お知らせ	1072 ~ 1075

ホームページ <http://www.yamaguchi.med.or.jp>
メールアドレス info@yamaguchi.med.or.jp

平成 14 年 歳末放談

と き 平成 14 年 11 月 14 日 (木)
ところ 県医師会館 6 階 第 3 会議室

出席者：吉岡・薦田・渡木・加藤・川野・矢野・堀各編集委員
藤井会長、柏村・藤原両副会長、上田専務理事
東常任理事、吉本・濱本各理事



司会（堀） ただ今より、平成 14 年度歳末放談を始めたいと思います。司会を仰せつかった堀です。皆様、本日はよろしく願いいたします。

まず、藤井県医師会長から開会のご挨拶をいただきたいと思います。よろしくお願い致します。

藤井会長挨拶 日頃より先生方におかれましては、会報業務にご尽力いただいておりますこと、この場を借りてお礼申し上げます。

今後、広報活動の重要性は一層増してくることになるだろうと思っています。特にこれから、対内広報に重点を置いていただきたい。そのことにより会員の皆様方に医師会活動について、まず関心を持ってもらい、そして、これを理解していただき、そのうえで積極的に医師会活動に参加していただくということです。広報によって流されていく、いろいろな考え方を会員の先生方に理解していただき、自信を持って地域住民、とりわけ患者さんに制度のあり方、医療のあり方というものを直接話していただく、そういう面と向かった

ような広報活動をしていくべきでないだろうかと考えております。そういう意味で対内広報を今よりも理解しやすい形で行っていただきたいと思います。

今日のテーマは重要な問題ばかりであります。これにつきましては先生方のご意見を拝聴させていただきまして、今後の運営の中で生かしていきたいと思っております。

それでは、よろしくお願い申し上げます。

司会 ありがとうございます。今年 1 年を振り返ってみてもあまり楽しいことはなくて、落ち込むことばかりでしたので、明るい題材にしようと思いましたが、なかなか適材が見つかりませんでした。それでは、まず医療特区を含む地域医療から始めたいと思います。

【医療特区】

司会 医療特区構想は、全国的な医療の改革を行

うための一つの方法として、地域別に特徴ある医療行為を実験的にを行い、政府の意向として、もう少しまくいけば全国的に展開しようとする政策だと思っています。これに関する医師会の意見としてまして、「構造改革特区すべてに反対するものではないが、経済の活性化のためだけに医療改革を行おうとすることには反対する」という態度で臨んでいます。これに関して話していただきたいと思っています。

医療特区に関しては、まだよく分からないのですが、日本医師会は反対の立場をとっていますよね。その内容について詳しくお願いしたいと思います。まず外国人医師の問題等も含めて。

株式会社の参入、混合診療等ありますね。特区だけではなく法律的な関与もありまして、難しい問題だと思います。

株式会社参入は最近厚労省からの働きかけで中止となりました。混合診療は実際のところ、医師会では反対ですが、歯科医師会では金の入れ歯などで混合診療をやらざるを得ない状況となっています。

ある歯科医に聞いたところ、混合診療は全収入の 10%程度を占めると聞きました。ですから歯科では混合診療は問題はないし、むしろ入れ歯(金歯)の個人負担があるから、混合診療にしないとやっていけないと聞きました。

外国人医師による医療行為ですが、免許の件などで野放しになってくると、とりとめがつかなくなり、ある程度どこかでブロックするなり基準を設けないと、医師免許自体が不安定な状態になると思います。

まず、医療に特区がなじむかという観点から考えると、なじまない。こういう特区構想について、医療に関してはまったく不必要。むしろ医療に対する考え方が逆である。なぜならば、医療というのは地域でどういうニーズがあって、それに対しどう医療を提供しようかということです。

今年は、会報のシリーズ記事として二次医療圏座談会を始めました。そこでは、地域医療がいかに大事かということを再確認しました。医療保険

の問題が山積している今、なぜ特区が必要かということですが。

特区の内容を見てみますと、今の医療保険でカバーしきれない部分を難しいから特区でやっていこうということに過ぎず、そのことが地域のニーズに根ざしたものではないと思います。

平成 16 年に国立大学が独立行政法人になりますね。独立採算でやっていかなければいけないという場合に、これが特区といえるか分かりませんが、今は保険診療の点数にないものはお金を取ってちゃいけんということで、学用患者として処理してきたわけですね。これはいってみると持ち出しなんです。土建屋でいうと、自分たちの材料を使って、タダで提供するということになるんですね。それで独立行政法人になると、そういうふうなことは認められないと思います。われわれも基金を作って大学に寄付をします。寄付行為で大学を運営するという時代になって、新しい医学では保険診療に点数がないから無料にするとか学用にするとか。そういうことをやっていると、大学病院はどこも経営的にパンクすると思うんですけど、こういうようなことは特区に入るんでしょうか。

それと、附属病院が経営的に行き詰まったとき、基金を繰り入れる、寄付を募るといったときに、恐らく寄付した人から税金を控除するとなると、寄付する人が増えるんじゃないかという考え方もあります。片方でそういうことをやって、現場では垂れ流しで持ち出しをするとすると、これは間違っていると思います。経済の原則に反すると思うんですよ。

医療は利益を求めてはいけないということになっていますけど、赤字で動かないようになってもいいのか、そういったものを特区といっているのか分かりませんが、今からそういう時代になって、例えば最先端の医療をやっている基幹病院とかでも、同じようなことが起こってくるんじゃないかと思ってるんですけど、何かお考えがあるでしょうか。

- 混合診療 -

大学の問題に関しては、もし患者さんから取

るとなると混合診療になりますね。これはいけないことです。最終的には、保険診療か自費診療となって遺伝子治療と同じように自費診療かあるいは他から持ってこざるを得なくなります。

今のままでやれば、それは混合診療であってやってはいけないことですから、これを特区で許すというのも到底できないことだと思いますよ。

高額医療はタダになるということですね。

可能性はありますね。

タダになるか自費になるかということでしょうね。少なくとも保険診療を行っていて、そこだけを患者さんから取るというのは、特区といえども許されるべきものではないと思います。

考えようによっては、そういう個人向けの保険を作っていくかといけなかも知れませんね。

自動車保険等のように最初から自費ということですね。

現実的には平成 16 年からそういうことが起こるでしょうね。

特区で認められれば、雪崩的にそうなっていく可能性があるので、医師会の方で混合診療を特区で認めてはいけないという態度を貫かないといけませんね。

医師会としては、地域医療としてそういうことは認められないということですね。

混合診療で一番問題なのは株式会社参入と、外国人医師導入がかみ合わされるときだと思います。アメリカからの圧力で、株式会社参入といってくる裏には、株式会社を参入させ、そのまま外国人医師を連れてきて安易に安く医療をさせる。

さらに混合診療が入ってくると、日本の医療は崩壊していくのは明らかだと思います。それを実験でやろうというのは、とんでもない話だと思います。

ます。

今の話の学用では具体的にどのようなものをさしているかが分からなかったんですけど、特定療養費、いわゆる混合診療の一つの形なんですけど、特定療養費の中で高度先進医療は認められていますよね。その部分と医薬品の治験、そういったものは既に認められており、さらに今回の改定で拡大されましたが、その範囲なのか、それを外れての範囲なのか、混同しない方がいいかなと思ったんですけど。

最初は保険診療の点数のないところから入って行って、これは認めないといけないと後から点数がついてくるんじゃないかと思うんです。そういった状況で、一番始めに先端医療を行ったときに、例えば、初めての手術例だとすると、保険点数が定められてないのですから、どうするのかということですね。

今のお話しでしたら、高度先進医療にも入っていないような新しい治験ということですね。

県医執行部では、混合診療は絶対反対という立場なんでしょうか。実際には混合診療は既に行われているので、私はある程度はやむを得ないと思っているのですが、新しいことを特区でやるという意味で解釈すれば、やってもいいかなと思うんですよ。ただ株式会社に関しては賛成しかねますけどね。

それから、大学が独立法人制になりますと、利益を上げないといけないので、学用という考えはなくなると思うんです。そのためには、患者さんからいただくことになりますね。そうすると混合診療というスタイルがどうしても入ってくるような気がするんですけどね。

- 高度先進医療 -

先進医療の中でも、ある程度実績を積んで成績を残している医療については、先ほどのように高度先進医療ということで医療保険での適用が認められているわけです。ところが、今問題になっているのは、実績がはっきりしてない、いわゆる

実験的な医療のことです。だから実験的な医療に関しても保険を使うかどうかという議論だろうと思うのですね。私は、そういう医療と健康保険とは切り離して考えるべきだと思います。

例えば、そちらの方は国が研究費として出すというふうにした方が、スムーズにいくんじゃないかと思います。

今のお話しに大賛成です。何でも初めはパイオニア的な取り組みで実績が認められないうちは、保険適用が難しいですよ。すべて今の医学・医療の進歩がそうであったと思いますし、一般的に治療成績が確立してくれば医療保険に取り込まれてきますよね。そうしたら先進的な医療をどうするかということですね。それをすべて医療を享受される患者さんの負担にするのか、あるいは研究という名目とするのか、まあ、学用患者という言葉は古いかも知れませんが、ある程度保険以外のところで医学・医療の進歩についての予算を講じる必要があると思います。これは、医療保険における国の拠出ということではなくて、医療を進歩させるために、国の予算で行う。予算で足りないときは、何か別の基金を作ってもよろしいですね。

それは公的な基金であるべきだと思います。

ただ、残念なことに今、日医は自立投資論と聞いていますが、私は基本的に考え方が間違っていると思います。自立投資論は保険の 2 本立てのようなものでありまして、公的な医療保険の他に、さらに先端医療を見据えて、それを自分たちで自立投資していくということで、いわば民間保険に委ねていくという道に導かれます。これであれば世界で一番進んでいる公的医療保険というものを根底から崩していくもので、医師会がこれを行っているのがまずおかしいと思います。そうじゃなく、先端医療というものを考えて自立投資というのであれば、国の責任として別立ての予算として考えていくべきだと思います。

大学の問題は、一つの DPC という新しい制

度がどうなるかということを見ておかないと、いけないと思います。特区構想は、介護・福祉の方では既に民間の参入がなされていますよね。特区の問題を考えるときには、株式会社参入と自由診療・混合診療は一体のものであるという考え方をした方がいいと思います。

この特区構想のなかで問題となることは、基本理念において“生命・身体に関するものが例外なく”とされています。これは一般経済論と同じ立場を持ってきたということに危険性があると思います。

株式会社参入と自由診療に反対する理由の一つは、まず自由診療を入れたら今の保険料のうえにプラスした自由診療ではなく、自由診療を入れることによって、保険診療の分野が狭まってくることに危険性があります。昔からナショナルミニマ



ムという言葉をよく使っていますが、保険給付の幅がだんだん狭くなっていく。そういう一つの仮定が考えられます。

先端医療をそのままにして、保険の中ですべてカバーできるかという、それは無理があると思います。やはり保険というものはある程度、普遍といえますか、一般医療としてなじんだ医療に関してはいいですけど、先ほどの研究的な医療に対しては、保険ですべてが利くかという疑問があります。

日医は自立投資という言葉を使いましたが、先端医療・先進医療に関しては、もう一つの保険とは違う、公的なものを財源として作っておくべきです。先端医療を育成していく気があるなら、公的資金の投入をしないと、すべてを民間に任せておくのは非常に危険だと考えます。

なぜ株式会社に反対するのかということにつ

いて、一般の人たちにも理解できるような理由を作っておくことが必要ではないか、ということがよくいわれますが、株式会社参入が民間保険の導入で保険の棲み分けを導き、保険者等がそこに参入してくる。これを考えると、皆保険制度で考えられている医療の平等性、受診の平等性、質の平等性は阻害されてくる、というのが一番の反対意見だと思います。



自立投資ですが、日医の提唱しているのは完全に民間でやれということではないでしょう。受け皿作りをしようとするのが自立投資の考え方で、民間保険に移行するというのではなく、国がなかなかやらないので、日医が提唱して国にやらせようということもあるんじゃないかと思えます。

2015 年グランドデザインの中には、民間保険のことも書いてあるんですよ。ただもう一つの考え方は、シンガポールが導入した MSA 制度、つまり“個人貯蓄を強制的にして、必要なときにそれを医療に使いなさい”という考え方なんです。先端医療を保険でカバーすることは、これだけ医療が進んでくると難しいのは事実ですね。民間保険の代わりに税金でという話も出てきたんですけど、税金も保険も一緒ですよ、根本は。となると税金の部分では話は解決できないなと思えます。その部分をどうするか。本当に 2 階建ての考え方でいいのか。その辺のところの案が出ないから、日医もそういう考え方を取らざるを得ないわけで、そこで行き詰まっているのではないかと思います。

健康なときに貯蓄して、それを将来困ったときに充てるといった形の一つの制度を提唱していますが、それはどうなのかが見えないという部分はあります。

- 自立投資 -

見えてますね（笑）。保険にしる税金にしる、国民負担率は手一杯ですよ。これだけ国民に負担を強いていながら、おまけに先端医療のために

貯蓄をしないとイケない。それは特に若い世代の人には大変なことですよ。ただそうといいながら日本の医療費は、世界先進諸国の中では GDP 費は非常に低いですよ。イギリスはもっと低いですが、ブレア首相になってから医療費の対 GDP 比を上げようとしています。それは国策としてやっていますが、それだけ低い医療費で国民の医療がよくなかったから、もっと医療費を増やしていこうということですね。

なんで日本は先進国の中でも低いのに、さらにそれを減らそうとしているのですか。普通だったら増やそうというのがまっとうな考え方ですよ。また増やせる余裕もあるのに、減らそう減らそうとしている。まず医療をみる基本的な考え方をおかしいと思います。

先ほどの自立投資の話ですが、日医の考えは自分で蓄えておこうということなんです。民間保険を使おうが貯蓄をしようが、どういう形であろうが、結局自分で出す。そうじゃないんですよ。国の医療費に対する国庫の拠出は 24% ですよ。少ないです。ドイツやフランスのように保険という建前で国の関与を得ないところもありますし、イギリスのように国が関与するようにいろいろあるんでしょうが、国の財政バランスから見ても、日本では医療に対してもっと拠出すべきですよ。そういうことを考えれば自立投資ということで、国民それぞれに貯蓄を強いるようなことじゃなく、もっと公的医療保険を充実させれば、先端医療を含めてまだまだカバーできると思います。

高度先進医療について、例えば高度先進医療には年間 19 億円使っていますが、今後生殖医療が 3,200 億円といわれているんですよ。他の臓

失ってはいけないんじゃないかといつも思うんですね。そういう意味で言うと坪井日医会長のいわゆる自立投資というのは、ある面では正しいと思うんですね。先端医療とかどこかで補填していかないと、この保険制度は持たない気がするんです。日本には自立（自律もふくめ）がなかったですよ。お互いが助け合うということだけで、自立という言葉がいけないんじゃないかと思うんですけどね。

考え方が基本的に間違っています（笑）。言葉は考え方を表現したものです。自立投資については先ほどの通りだと思います。医療保険というのは相互扶助ですよ。みんなで助け合うこと。日本はこれでやって来ましたが、これでいってほしいと思います。どこまで助け合うかということなんですけど、生命の維持にかかわるところだと思えます。臓器移植とかそうなんですけど。

そういったところで、1人の命を救うためにもすごい金がかかる。それをみんなで保険で助け合う。これがそもそもの保険の考え方なんです。特別な病態で特別な医療が必要になったとき、広くみんなで助け合うのが保険の基本ですよ。

「保険」の解釈に誤りがあると思うんですが、保険とは一般的、普遍的な病気を救ってあげるのが保険であって、特別な病気を救うのが保険じゃないと思うんです。それを助けるのであれば、本当は国家が救うべきだと思うんです。それができないから、自立投資という言葉が出てきたんじゃないでしょうか。

保険というのは“救ってやる”ではなく、リスク分散なんです。みんなそれぞれ一定の確率で危険がある。だから、お互いに一定の金額を出しあって、事故にあった時に給付しましょう。ある人を特定に助けるということじゃないですよ。保険の基本的な考え方は、助けるとかいうことについては、きちんと定義しないといけない部分があるんですが、保険の基本はそうです。

今、高齢者の医療が問題にされていますが、高齢者は一般年代と違って、医療内容や疾病の発生日度合いが大きく異なるので、日医は独立方式でや

りましょう。これは保険には当たらない、保障だと。そういう考え方で言ってるんですよ。

保険という解釈の中で、“救ってやる”という言葉は強すぎる。要するにリスク分散だと考える方が、正しい理解だと思います。

おっしゃったように相互扶助の考えがあるべきと、私も考えます。確か2割の人が医療費の8割を使う、すると残りの8割の人が2割の医療費を使うことになると。少し偏った医療費の使い方のような気がしますし、ターミナルケアでも相当お金がかかっていますから、本当は高齢者の医療を切り離せば一番いいかなという気がします。

もちろん、高度先進医療なんかは当然切り離して考えないと、相互扶助はできないと思います。将来的には国の税収が減ってきているわけですから、今の皆保険制度が望ましいのですが、それが行き詰まるのでこんな話も出てきたのだろうし、将来を見据えた考えをしていけないといけないと思います。

先ほどのリスク分散という考えは、医療保険じゃないんですよ。これはいわゆる一般保険の考えですよ。扶助は“助けてやる”ではなく、“助け合う”ですね。これが公的医療保険だと思います。

年寄りには金食い虫・・・そうですね。高齢者医療は金がかかります。高齢者医療を切り離す。そして切り離し方で国庫の支出を多くする。むしろ独立採算ですか、やり方の問題だと思うんですが。

例えば、今の突き抜け方式では、働く世代がそれを助け合うというところに保険の基本がありますよね。日本のとってきた、そういう保険を是とするのか、金食い虫の部分・先進医療の部分の切り離してしまうか、といった考え方はあると思いますが、これまでの医療保険はこういったもの全部を含めて助け合う。それが保険の考え方の原点だと思います。

今の考え方で異論はありませんよ。だから保険の根本にはリスク分散があって、医療保険に限って言えば扶助の精神があるということだと思います。

います。

私は医療財源を考えると、日本の今の保険体制を維持するためには、どういう医療財源を考えればいいか、と考えることにつきると思うんですよね。ただ、確かに今、経済状況も悪い、その結果、国民の税収も減っています。保険料はこれに比例して決められますから保険料も下がるし、このほかにも保険者側でも困っているのが老人拠出金の問題です。私は、困っているからというのではなく、医療とか福祉は日医がいうように投資だという考え方で、もう少し医療というものに対する姿勢を国・行政に変えてもらった方がいいんじゃないかと思います。ただ、それをしてもらうためにはいろいろな意味での社会通念に応じたような対応・姿勢を、医師会・医師は持っておく必要ではないでしょうか。

それはお金の問題だけで理解される問題ではないし、自然とわれわれ医療集団が醸し出す雰囲気も重要な要因になっていくんじゃないかと思います。その一つが情報開示であり、医療の安心性であり、いろいろなものが加味されて一つのものができるようになっていこうと思っています。

だから、日本の医療財源については、外国がこうだから日本もこうという話は次元が少しずれるんじゃないか、日本には独自の皆保険制度の中でこうあるべきだと考えていくことが必要なんじゃないか、と思います。

- 県医師会の役割 -

今言われたことに基本的に賛成なんですけど、特区の動きは外圧なんですよ。日本が好むと好まざるにかかわらず、呑まされている規制緩和をどうはねのけるかというのが問題なんだろうと思うんですよ。今のところは、日本では株式会社参入は見送られていますよね。

山口県における医療特区問題ですが、外国人医師のことも出ているけど、現時点では議論に盛り込まれていません。県医師会もいろいろ行政に働きかけており、医療特区に対する目立った動きはないということになっているんですけど、ただ最終的には 1 月 15 日まで特区の追加を受け入れるということになっているので、今後株式会社参入

が出てくる可能性もあります。各地域で目を光らせて対応していかなければいけない。

山口県では、医師会がそれなりに対応しているんですけど、例えば、以前県内のある企業が IT を使ってレセプト直接審査をしようとしたとき、医師会が働きかけて中止にしましたよね。ああいったことを各地域で早く対応するべきであり、それがわれわれに課された地域での取り組みだろうと思います。

地域が一丸となって行動すれば、不可能と思われることでも可能になることがある。先ほどの企業のレセプト直接審査の件では、所属都市医師会が頑張って中止にまで持っていった。これは画期的なことだと思います。そういったことを、みんなが意識を持って一丸となってやっていかないと、と思っています。

郡市医師会の会議でも、あまり集まりがよくなく、特に若い医師の出席率が悪いですよ。何かしようとして、総論的にはそうさうだといっても、じゃあ具体的に何をしようかという、嫌だ嫌だと意見がまとまらない。

10 年前に開業しましたが、それまでは良くも悪くもパッと決めてワァーッとやっていました。今、医師会自体の雰囲気というか、まとまりがだんだん寂しくなっているような気持ちがあるんですよ。

日本自体がそうなりつつあるんじゃないですか。先ほどの、ある保険者団体の IT レセプト審査を行うことを阻止した話ですが、その時だけの行動で中止に持っていくということは難しく、日頃の活動のなかで、その都市医師会がその地域で、それだけのステータスを持っていてくれたから、中止できたと思いますよ。そこなんです。日頃からそれだけのものを持っておかないといけないというのは、同じ言葉を言っても、人によって意味も違うし、重みも違う。日頃からキチンとしておくことが必要だと思います。

司会 ありがとうございます。他にどんな意見でも結構ですが、いかがでしょうか。

特区構想について良かったという点もあると思います。一つは規制緩和が目的の構想なんですけど、医療界は非常に規制が多いということが、これで明らかになったことと、規制緩和をするに当たって、特区という一地域だけではなく、最終的には全国均一ということで緩和されることになったことは、特区構想の副産物だと思います。

ただ、一般国民が見ている医療特区構想は、新聞等のマスコミの立場から見てみますと、どうも論点が株式会社参入に焦点が合わせられ、それに対して日医が反対したというイメージだけが表に出てきたのが、残念だと思います。

恐らく、これからも株式会社参入の話は、繰り返し出てくるんだろうと思うんですね。日医としては株式会社が参入したときに、どうなるか分かりやすい形で提示しなければいけないだろうと。株式会社が病院を経営したときに、どういうことをするのか。例えば、請求額を上げるということになってきますから、検査漬け、薬漬けになってくるかもしれないし、経費削減のためギリギリの人員削減も行って来るかもしれない。あるいは低質な医療が行われるかもしれないということを、分かりやすい形で提示する必要が出てくるだろうと思います。

具体的な話になりますが、体外受精というのは、果たして医療保険になじむのかなじまないのか、と常々考えていますが、結論を出せません。それと 1 回心臓移植をすれば、死ぬまで大丈夫ではなくて、10 年～ 30 年後にまた再移植しなければいけないということは、これも医療保険の範疇に入るのか。

また、そういう人は生命保険には入れないのかと。最近見た新聞で、NGO では難病で生命保険に入れられない人のための保険を立ち上げた、というのが載ってましたが、こういったものが保険の対象となるのか、除外すべきなのか疑問に思っています。

- 医療保険のあるべき姿 -

今のお話しは、その科の先生方と議論することがあるんですけど、元々医療保険というのは、その人の疾病で生命を脅かされる、または健康を

害したときに、保険で診療して相互扶助で助けを借りて治療する、という根本理念があると思います。その中で、体外受精とか不妊症とかいう領域は、その人が生きているうえで生命を脅かすものではないから、個人的には健康保険に入れるべきではないと思うんです。

それと、日本人というのは公平平等といいますが、そういう言葉を使うのが非常に好きですね。相互扶助とかいうと言葉の綺麗さに酔いますよね（笑）。けど現実はどうかということ、保険料も収入によって分けられる。税金も収入によって違う。そして恐ろしいことに、介護保険まで違います。ある程度、日本人は中流と意識している中で、本当は中流から上の人というのは、死ぬまで徹底的にむしられているんですよ（笑）。

お金を累進課税によりむしられているけど、なんの国家的特典もなく、感謝さえされずに一生を終えている、という人が本当の中流の大半なのです。そういう観点から見ると、日本の医療保険制度というのは、サッチャー女史の言葉を借りると、やはり汚いんですよ。劣情以外のなにものでもない。

今の累進課税制度を変えないと公平も平等もないんですよ。日本がこれだけ豊かになった中で、なぜ金持ちだけがむしられるんでしょうか。金持ちからむしり取ったお金を貧乏人にばら撒いても、貧乏人は金持ちにはなれませんでしょう。日本の今の課税方式で課税すると払っている人と払っていない人がはっきり分かれていて、これほど税金を払っていない人がたくさんいるのかと驚くようです。

仮に一律 1 割課税方式で試算すると、現在の国家歳入の 1.5 ～ 1.7 倍くらい徴収できるといわれています。なぜ累進課税をやめないんでしょうか。さらに悔しいことに税金を払っていない人たちが大声を出して、税金を好き放題使っているところに問題があるじゃありませんか。高額寄付行為をすると税務署がやってきて、この金はどこから出たのかねと懐を探る。こんなばからしい事ってありますか、だから日本ではお金持ちは喜捨をしないんですよ。そんな中で医者も医療をやって公平平等とはしゃいでいるのです。さらにいうことを許していただければ、あの相続税とは一体ど

うなっているんでしょう。文化遺産も家も土地も現物納付で没収されて、江戸時代の悪代官は家を取っても土地までは持って行かなかったはずで。今の税務署は悪代官を超えているんですよ。その阿漕さにおいては（笑）、そういった意味では恐ろしい世の中であり、国家制度でもあるんです。丁髷を揺らせながら「お主もなかなかのワルじゃのう」何と可愛いセリフじゃありませんか。

こういったことをどこかで断ち切らなかつたら、将来は国外に逃げていく人も多くなるんじゃないかと思えます。保険制度における徴収方法も考え直さないと、本当の公平平等の世の中には、ほど遠いんじゃないかと思えます。最近より強く、そう思うようになってきました。

悪代官の話ですけど（笑）、保険料は相互扶助という綺麗な言葉を使いすぎました。しかし、若い人はこれから大変ですよ。先ほどおっしゃったような日本の税制は、直間比率のバランスが間違っていると思えます。もっと間接税率を高くして、広い範囲から税を徴収すべきだと思います。ただ税の使い方が、国民に納得がいくようにしないとイケませんね。どこに消えてしまっている



のかと。福祉や公共事業への配分については、世界的に見ても福祉より公共事業への投資が多いです。呆れるほど差がありますね。

一時、福祉目的税という言葉がありました。そのネーミングがいいか悪いか別としても、医療を考えて、これから医療保険を中心に医療を進めるのであれば、財源は必要です。そうすると、税法を考慮すべきでしょう。そのためには、正直言って消費税が 10% を超えても仕方ないと思えます。ただ、超えた分については、確実に医療に回していただきたいと思えます。

- 医療と税 -

“公” 共事業という言葉ですが、どこが“おやけ”かといいたいですね。

社会的なインフラを整備するのは、確かに公共

事業だと思います。しかし、どこかに市民会館を造るとか、箱物ばかりをたくさん作って、どこが公共だと。

直間比率に関しても、日本は税務署の人間を増やさないとイケませんよ。霞ヶ関の人間を減らして、税務署の人間を増やす。みんなから平等に徴収し、みんなが平等だからしょうがない、と思われるようにしないとイケない。自分は取られたのに、取られてない人もいる、というのは非常に不愉快ですからね。みんなが取られているから自分も払おうか、という気になると思うんですよ。

そのためには、いろんな方策を考えていく必要があるでしょう。古い話では、竹下内閣のとき、売上税の導入計画が中止になりましたが、あれは間違いだったと思えます。今の消費税の仕組みより、よっぽどいい仕組みだった。国民総背番号制

とかありましたけど、今では住民基本台帳でそれぞれに番号を付けられてしまいました。それなら、その番号を使って、保険証を配って、それがなければならぬようなことができないようにしてやれば、また銀行の口座も作れないようにしてやれば、全員から集められるようになるわけですよ。所得も分かるようになるでしょう。まあ、そうすると困る人もいるからだろうとは思いますが。

日本は、金を集める努力をしないと。 “集めやすいところから、これだけ集めてきたからもういいだろう” と。そういう状況になってるんじゃないですかね。

医師会事業にかかわるまでは、医師会任せにしていた部分があるんですが、今では自分が何かやらないとイケないと思うようになりました。

混合診療、自由診療が始まると、皆保険制度が崩壊されるんじゃないかということをつくづく感じます。

ところで、先ほどの所得税の話ですけど、確か 30%位の人が所得税を払ってないんですかね。この辺の税の不公平さを直してもらわないといけません。また、今老人は金がないないといいながら、結構持っていますよね。若い人は持っていませんけど。生前贈与税を下げることと、郵便貯金のお金が特殊法人に何兆円かいきますよね、その辺をどうにかしてほしいと思いますね。ここで、こんなこと言ってもしょうがないですが（笑）。

私も消費税は 10%ぐらいにすれば、いいんじゃないかと思います。皆さんから所得税を取るのには技術的に難しいと思います。単純に消費税を上げる方が易しいと思います。ただ、消費税を払っても、ちゃんと国に入っているかどうか、その辺がしゃんとしないところがあります。

もう一つは、私がたばこを吸わないこともあるから、このような発想をするのですが、たばこ税を上げる。1箱 800 円ぐらいにしたらどうかかと（笑）。カナダなど、そうなっているところがありますね。たしか、たばこ 1 本 2 円引き上げると 5,000 億円の増収になるといわれているので、800 円にすれば 6 兆円ぐらいの増収になるんですよ。健康にもいいです。ただ、国会議員でこれに賛成しているのは 5 ~ 6 人位だそうですね。後の 300 人ぐらいは、いわゆる族議員で難しいようですが。

- 株式会社参入 -

今回の株式会社参入でも、農業・教育・医療の中で、農業に株式会社参入が決まりましたよね。それで農家の人に聞いてみたら、年寄りで行っている農家はみんな潰れるだろうと行ってましたね。

ただ、農業にしる、医療にしる、基本となることはしっかり抑えておかないと、目先の金計算だけで物が評価されると、危ない社会になってくるんじゃないかと思いますね。

株式会社のチェーンで美容外科やってます

よね。ドクターがどんどん変わって、1 か月したら手術した先生がいなくなって、別のドクターになってたと。泣き寝入りになりますよね。あれは、株式会社のチェーン形態を表すいい例だと思います。それで宣伝は上手です。ね。

医療を株式会社でチェーン展開すればいいという意見もありますが、そういったドクターの渡り歩きがあると、怖いと思いますね。

株式会社がチェーンになれば、大元の会社が責任を持つんじゃないですか。ある食品会社の例のように。

美容外科では、派手な宣伝をやっていますが、“もし不満があれば何時でもどうぞ、争いますよ”という戦略らしいです。そうなる心配ですが。

桜井日医常任理事の「不採算部門の医療は切り捨てになる」という言葉に対して、ある経済学者が「不採算なら報酬を上げればいいのか」と反論しているのですが、これは医療にはなじみませんね。

その上げればいいという報酬を、じゃあだれが出すのかということになりますね。

今度の研修医制度も同じじゃないですか。あれもいったい、金の手当はどこでするんでしょうか。今は、医者になったばかりの研修医は、救急車の音に怯えながら、ドップラー効果で遠ざかっていったらホッとして（笑）どうにかネーベン先から給料もらって生活していたんです。それが、ネーベンが駄目ということになったら、給料はいったいどこが持ってくれるんでしょうかね。厚労省は財源をどこから持ってくるかというのはまったく話してないでしょう。

【研修医制度】

厚労省の打ち出した新たな研修医制度のあり方（平成 16 年度より義務化）なんですが、ずっと医療はこうあるべきだ、医者はこうすべきだということを言ってるんですよ。しかし、患者に対して医療を行うということは、どこにも書いてな

いんですよ。ただ、報酬のことだけ書いてるんですよ、研修医の処遇について。その最後に、「診療報酬における対応を含めて幅広く検討する」。これだけなんです。患者さんや治療のことは何も書いてないんです。研修医は研修して資質を高めないといけない、ということだけ。

ここでは、診療報酬だけを掲げていますが、診療報酬は患者さんのためにあるものであって、研修医のためにあるものではないわけですね。これが厚労省のやり方か、とつくづく思いますね。だから診療報酬から出すのだけはやめると、私はずっと主張しています。

いわゆる卒後研修は 20 数年前に経験しましたが、基本的に半年～1 年で全科廻っていました。この期間に、医療だけでなく、教科書には書いてないものを教えていただきました。ビジネスライクに患者の病気の部分だけ見て、例えば診察時にレントゲン写真だけ見て患者を見ずに話を聞いて、「じゃあ、という病気だから、薬を出しておきますね。」みたいなことをやっているところも経験しました。しかし、患者を人として診る姿勢は、教えられるものでなく、本当は自ら身につけていくものだと思います。だから、これを規制なんかで文章的に決めるのは、医療というより、単なるビジネスなのかなという気にさせられます。

卒後研修で、いろいろ変わってくると思うんですけど、私が聞き集めた情報では、出身大学は半分、他大学出身者を半分入れなければならない、とか決められているようですね。そういうふうなことが出てくると研修内容とか、いろいろ問題になってくるんじゃないかと思うんですけど。

それと、2 年間のローテイトで内科・外科・産科・精神科・小児科等かなり盛りだくさんですが、これらが果たして 1 人の医者として、何時役に立つのかと思うんですよ。研修医で 2 年間やったことが、例えば、精神科やった人が小児を診るのに、役に立つのかという疑問を感じるんです。将来開業して内科だけど小児科も診ると、しかし、その時点になると、研修したときのことなど忘れていると思うんですよ（笑）ただ非常に無駄

な時間になるのじゃないかと。内科へいく人は内科をローテイトして、消化器・循環器・呼吸器なんかをやっていた方がいいと思うんです。下手に産科を研修したからといって、田舎の病院にいて診断つかずに子どもが死んだなんてことになったら、大変なことになりますよね。

つい先日、二次医療圏座談会に出席したのですが、このときも小児科の話が出ました。内科の先生が研修でやっても小児科を診ないと。誤診するとアウトですよ。怖いから診ない、という話になりました。

2 年間だけで、いつ活かせるのかと考えたら非常に疑問だと思うんですよ。そういうことよりも、将来内科をやりたいというのであれば、内科系のローテイトと町の診療所にいて、診療所がどうしているのかという実態を実習の中で経験した方が、実になると思うんですけど。

問題が二つあると思います。一つは研修医制度はけしからん。大反対ですね。

国家試験があります。これをまず直さないといけませんね。大学の最後の 1 年間は国家試験の予備校ですね。われわれのときは国家試験がぬるかったから、1 年間実習できましたけど。今は実習そっちのけで試験対策ばかりやっているんですよ。6 年間しか学生教育期間がないのに、最初の 2 年間は一般教養にとられ、さらに最後の 1 年が試験対策でしょ。だからこの 6 年間で医学教育の充実が充て、もっとプラクティカルなことまで修得できる 6 年間にすることが先決だと思います。試験はそういったことを修得すれば十分通るといって試験に変えるべきです。

それから 2 年間のローテイトよりも、まず研修システムを作らないといけません。そこでまず何が足りないかということ、救急救命ですね。しかし、日本には救急救命センターそのものがない。以前下関での二次医療圏座談会でも、30 万人の都市でありながら救急救命センターがないという話になりました。医療のシステムがないところで、どうして医療が教えられるか。救急救命センター等の充実を図り、さらにプライマリ・ケアですね。やっと今、プライマリ・ケアの講座が大学にできつつあります。そういったところできて、重点

的に研修できるというなら分かるんですけど、今ある内科、小児科、産婦人科をだらだら廻ったって何にもならないですよ。

まず、6年間の医学教育を充実すること。国家試験のやり方を変えること。それから救命センター、プライマリ・ケアのインフラを整備して、研修医のことを考えるべきだと思います。10年先かも知れませんが、今提示されている2年間の研修システムには大反対です、止めるべきだと思います。

一応、研修医指定病院というのはいろいろ条件があって、その結果、指定病院数が少ないんです。山口大学も頑張っていますので、2年後には間に合うのではないかとされています。

私はインターンの経験があります。インターン制度と研修制度は違うと思いますが、インターン制度そのものは非常に役立ったと思います。全科廻りまして、今内科をしていますけど、小児科・産婦人科も役に立ったと思います。

インターンの最初は、ある病院で救急もやっていたんで、ある程度外科もできるようになったし、そういう意味では、研修制度が私の経験したインターン制度のようなものなら賛成です。ただ2年間で、昔のインターン的なことをするのか専門的なことをするのか、よく分からないんですけど。

今、卒業生が8,000人くらいだと思いますけど、6,000人くらいは開業するわけですよ。大学の医局、それから病院に勤めるといっても定員が決まっていますので、6,000人近くは開業せざるをえない。開業するからには一般医的なことになる

んで、一部を除きあまり専門性は必要ないと思うんです。しかし新制度では、家庭医を目指すという大事な視点が含まれてないと思うんです。その点が残念に思います。

私は外科ですが、1年研修しました。そのとき、注射・採血が上手くなりました。あと患者さんと話すのが上手くなった。もっぱら外科的なことやその周辺のことは大学ではできない。外の病院に出てやってきなさいという形でした。

日本の医学部は、研究室医学が中心で病院医学を軽視していたと思うんですよ。医学部そのものが臨床医を育てることに力を入れないといけない時代だろうと思います。そのためには、今と違う制度にしようと思ひ出そうとするのはいいことだと思います。

- インターン制度 -

私もインターンの経験があるんですけど、先ほどお話しになったこととまったく同感です。大変いい加減な1年間でしたけど、振り返ってみると非常に役に立ちました。何に役に立ったかと申しますと、各科の事情がおおよそ分かりますし、テクニカルタームも自然と理解でき、人間1人をトータルに全科的な目で見ることができるようになりました。

研修医制度ですけど、どこから予算がくるのかということは、厚労省の医事課長とお話したところでは、はっきりとはおっしゃいませんでした。はっきりするのは再来年度の予算ができる来年の夏頃じゃないかというお話しでした。保険から出すのか、病院が持つとか、そういったことは決まっています。

私自身、なぜこの制度が考えられたかと考えると、恐らく、日本の救命救急率があまり高くないからです。また比較的イージーなケアレスミスが結構多いということが発端になったと思っています。目的は、プライマ



リ・ケア医を育てるためです。決してそれぞれの専門医の下請け的なことをやるのが目的ではないわけです。内科は基礎内科的なこと、外科は基礎外科的なことです。

私が一番問題に感じるのは、カリキュラムの指導医体制だと思うんですね。どこの病院にも教育係としての指導医がいないんですよ。しかも専任でやれる医師はほとんどいません。それなのに 10 ベッド当たり 1 人ですよ。大病院ではとてもできないんじゃないかと思います。つまりどういうふうに指導したらいいかという教育をわれわれは受けてないんです。指導医の講習会というのがあるんですけど、1 週間も病院を抜けて行く人はあまりいない。学会なら無理してでもいきますけど。そのところがネックになって、ここがうまくいかない元々のインターン制度と同じで、何のことだったか分からなくなるという危惧を非常に感じております。

研修制度の原点ですが、先ほど規制でやるべきではないという意見もありましたが、今現状がうまくいってないから、規制をして誘導しなければいけないということだろうと思います。それは医療提供体制が、いびつになっているところに原因があるんじゃないかと思います。

確かに過酷な労働条件だとか、低賃金の問題などがありますが、それ以前に行政が考えているのは、今の医療提供体制で本当これからの高齢社会を乗り切れるかということにあるような気がします。実際に財政の行き詰まりで施設は無理になっているから家庭に返したい。そういう方向でこの研修制度についても大きくとらえていかなければならない。具体的には、家庭医を増やしていかなければならない、そうしないと、社会の潤滑な医療提供体制が保てないようになっているところ、大きなベクトルが働いていると思います。

先日、全国勤務医部会協議会がありました。そこでのアンケートでは 70% の勤務医が職場に満足しているんですね。それは本当の満足ではないかもしれない。恐らく妥協の産物であるかもしれないけど、一歩もそこから出られないという閉塞された社会環境におかれている人も多いと思う

んですよ。実際に、開業もできない。それは財政的な問題もあるかもしれない。もう一つの大きな問題として、本当にプライマリ・ケア医としてやれるかといった自信が備わっていないことだと思うんです。われわれも勤務医時代が随分長かったんですけど、本当に他の専門科のことが分からなくなってくるし、その専門の領域も自分でできるのは一部のみで、他は情報の寄せ集め。“こういうことでは、開業する気になれないし、今そこそこ金をくれるんだったら、そこにいたほうがましだ。”という受け身の満足度ではないかと思えます。それではいけない。やはり初めに全人的な医療が提供できるような医者を作らないといけない。確かに、当初複数の科で習ったことも忘れてしまうし、つまらないことだといわれるかもしれない。でも、医師になりたての頃は患者に慣れること、医療というものに慣れること、それが必要だと思うんですよ。

それからもう一つは、自分が今やってないことでも過去に経験しているということは、感覚的には非常に勉強になる。だから、私は他科のローテートは否定する気はないし、するべきだと思います。根本的には医療体制がゆがんできたから、それを是正するためにも、研修医のときから全体を見られる医者を作ろう。それから専門医となろうが一般医となろうが、いいと思う。今の医療提供体制は、そのところがおろそかになってきていると思います。

- プライマリ・ケア -

私もまったくそのような意見です。私たちのときは自らが現場に出て研修的なことをやっていましたね。だから自主的にやるのがよいのであって、強制されてこうなってくるというのは、患者を診る医者としての倫理観の低下だと思います。そういう態度を養う、つまり卒業してから強制的なこういうものよりも、本当の意味の地域医療、高度医療に対する考え方として、自主的に医療に携わっていくというような考えの方がいいと思います。今の社会の若い人にはそういう考えの人がいないように思いますね。

私はインターンの経験がないのですが、一

番勉強になったのは大学を卒業してから診療技術の一つ一つ教えていただいたことです。また学会で発表するといえば、手取り足取り文章に手を加えていただいた。そういうことをされた高校や中学の（国語の）先生は 1 人もいなかったですね。むしろ自分の科の先輩が論文原稿に赤ペンを入れてくれた。これが、教育だと思いましたが、感謝もしています。

問題なのは研修プログラムを持っていなかったことと、他の科を廻らないということです。視野が狭くなるので今がいいとももちろんいいませんが、ただ新制度に関しては、「教育」という言葉から極力逃げている気がしました。

この制度は先ほどのお話のように、プライマリ・ケアとして生まれてきたのだらうと思います。日本では大学の 6 年で医師免許が取れ、アメリカでは 8 年です。この 2 年間の研修医制度というのは、もちろん医師免許は持っているんですけど、教育の中の 2 年間としていいと思うんです。ですから、この制度はよいと思いますし、科をたくさん廻ればそれだけ覚えていますし、ある程度いろいろなことができるようになってきます。

昔、救命センターにいるとき、当時は必ず研修医は救命センターを 3 か月廻らないといけませんでした。廻ってくるとほとんど徹夜で当直。もう何から何まで全部見ますから。一次、二次、三次も全部見ますから、来た患者は全部見る。そうすると小児科だとすると、当直の小児科の先生が研修医と一緒に見る。そういう教育をやっているのを見られるわけです。それは医療機関と設備が整って、医者がたくさんいるところじゃないとできないんで、救命センターのように一次からすべての患者さんが来るようなところがあればいいんですけど、なかなか山口県では難しいでしょう。

ただ、やっていけば絶対損はしない。そのまま医局に入ってしまうと、例えば、内科の病棟では血液なら血液、循環器なら循環器ばかり見て、プライマリーの仕事なんかできないわけですよ。だから 2 年間の研修制度で各科を廻って、いろいろなことを教えてもらう、というのはいいことだと思いますけど。

ただ、そこまでの教育機関がたくさんあるか、という問題はありますが。

研修 2 年間しますよね。それで臨床に出るのが遅れます。そうすると、大学で入局してから次々と仕事をしてくれないと困ってしまうという、医局員が非常に少ない科があります。次々に入って、とにかく臨床を身につけて手伝ってくれないと駄目というのも、2 年間待たないと実際できないというのが一つありますし、それにとまって指導医として 1 人費やされます。本人にとってはいいんですけど、その科や関連病院・大学では大変だと思います。本人にとって、その科で開業しようと思っても、臨床経験が 2 年分少なくなるから開業も 2 年遅れる、というデメリットもあるじゃなからうかと思っています。

医局中心に考えるのではなくて、これからは医局を離れて、もっと言えば、この卒後臨床研修は医局が崩壊していく動きの始めとらえてもいいんじゃないかと思うんですよ。今の意見はあまりに医局中心で、これからは現行の形態を変えていくべきであり、いかなければならない。今の動きは、そういったところを意図しているかもしれないと思うので、そこを踏まえて議論しなければいけないと思うんです。

もちろんそうだと思います。私も複数の大学で入局しましたが、大学によっては全然違った形態を取っている医局がありますが、旧形態の大学が多かったと思います。都会では最近新しい形態に変わりつつあるように思います。

そして入局した医師及び大学では、医局は医局のシステムで、臨床は臨床のシステムとなっているところが多いと思います。いわゆるそういう形態を取りながら、従来とは違う形態に向かっているのではないかと思います。

【診療情報開示】

私から説明いたします。改定には 5 つのポイントがあります。

第 1 点、患者と医者との信頼関係を保ちながら



アメリカでは秘書がいて、診療内容をタイプライターで打って、大体 A4 判で 1 ページから 1.5 ページになると聞いたことがあります。

共同して疾病を克服するという項は、医師・患者間のよりよい信頼関係を築くことを目的としてと書かれていますが、これは遺族に対しても情報開示をするということにしたためです。

第 2 点、診療録の開示には、要約書でもよいという項が削除されました。これは医師会が、診療録の書き方について講習をやってきましたので、この点に関しては診療録そのものを出すべきであろうとなりました。

第 3 点、委任後見人という制度ができました関係上、開示の対象者に委任後見人を入れたということです。親族に関しましては 6 親等という言葉がそのまま残しております。委任後見人につきましては、今は禁治産者とか準禁治産者といった言葉をなくしました。

4 点目、開示を拒否する項目はたくさんあり、前とほとんど変わっていませんが、医師側が開示を拒否したときは理由をはっきり言うことと、医師会等に相談窓口があるということとを必ず説明しておかなければならないということです。第 3 者機関を置いたことを明示するということです。

第 5 点、遺族に対しては診療情報を積極的に提供すべきだとしています。医師と患者さんの信頼関係をより深める、ということでそうなっています。ただし、亡くなった患者さんが開示を拒んだときは、その限りではないとなっています。それは生前に証明を取っておかなければなりません、難しいということです。

一番の問題として、主治医の裁量権を認めていますが、悪用されるんじゃないかとマスコミから指摘があります。

以上、5 つの点が変わりました。

日本もそうだった場合、整形外科なんかで、患者が 1 日に 150 人だとか 250 人来たとかになると、到底さばけませんよね。

- 再診料 -

今のアメリカのお話しでは、1 人に 30 分ぐらいかけて診察するんでしょうね。1 人からたくさん診察料をいただける。日本の保険制度では絶対無理ですよ。整形外科とか一日に 100 人とか 200 人とかになりますので。それから全部再診料をもらっているから多すぎると、今回厚労省が半分にしたわけですが（笑）、厚労省の理屈から言えばそうなんです。やっぱり 200 人来たら、一日その方に診られる時間は 1 分から 1 分半ですよ。これは厚労省からのみでなく、医師会内でも他の科の方からそう見られていたところがありますよね。だけど、再診料の考え方がまず変わってるんですね。まず患者さんは何のために来るかということ、診察してもらうための第一ですが、どっちかということと主体がリハビリテーションになっていることもありますよ。だから再診料の“診”という字がなじまない。“再来基本料”とすべきだと思います。

今の医療では、医者が診るということを重点にしていますが、リハビリテーションするという治療そのものが、医療の主体であることもあります。患者もそれを求めてくるわけですね。医者だけでなく、PT とか OT とかりハビリテーションのスタッフとかいるんな方で 1 人の患者さんを治療するというですから、そういう意味では 100 人来ても 200 人来ても対応できるようにならなければならないし、再診料はしっかりいただきたい。そういう定義付けをしてほしいですね。

先ほどの話からだいぶそれました。薄利多売という言葉はいけませんが、1人の患者さんを見てA4一枚のレポートを書くというのも一つの診察ですが、実際に治療するという行為、それも診察ですよ。そういう意味では随分安い診療費です。それを半分にするというのは納得できない、医師会に頑張ってもらっていて、早く元に戻してください(笑)

医師が診なくてもコ・メディカルの人が診た場合、何か書いておかないと、不慮の事故が起こったときには、診療録というのは問われるんじゃないかと思うんですよ。社会習慣になってくると。

リハビリ記録というもので、カルテと同じようにかなり詳しいものがあります。

カルテは公文書という考えになっていますから、公文書に何も書いてないというのはおかしいことで、患者さんに対する情報としては、今後きちんと書いておくことが要求されるでしょう。

ここにきてカルテの考え方が違いますね。昔の備忘録、私はそういう気持ちで書いているし、患者さんの評価も書いていますね。どういう性格の患者かなど。それはいつてみたらメモなんですよ。

今は、カルテというのは客観的なデータ集として書かれるべきとされるのです。そういう時代の流れでの法制化は仕方がないですね。だから私はノートを作りました。1日の外来で1ページです。そこに今まではカルテに書いていた患者の評価とかをメモしています。第2カルテですね。将来電子カルテとなったときには、そういうところが抜け落ちるんです。そういう対応が必要なんですよ、これはもう諦めました。

2年前の放談会では、カルテ開示反対のコメントをしましたが、そうは言ってもらえないですね。もう、今は賛成します(笑)。患者さんが言われたらコピーをして説明しています。これはしょうがないですね。カルテ開示しましょう。

ああそういう考え方もあるんだなと、新しい

視点で言われたかなと受け取ったんですけど、再来基本料のことですね。私は日医の取った方策に必ずしも賛成しているわけじゃないんですけど、そこには基本的に老人の医療費伸び率を抑えるということがあります。

よく言うんですけど、2015年グランドデザインの中にも明記してあるように、老人医療費を抑えないことには、将来の皆保険制度維持が困難になると。その中でどういう選択肢があるかという中で、再診料の逡減を呑んだと思います。ただ、ポイントは確かに医療というのは医者だけでなく、コ・メディカルなどいろいろいますよね。それに対しても評価を与えるというあり方、それはそれでいいと思います。ただ、医者が診ずに再診料を取るというやり方は、今後は直していかなければならない。そういうところはあると思うんですよ。指導料を取る場合なんかは、やはりきちっと書かないといけない。そういうことがより求められてくると思います。それは情報開示と連動して動くと思うんですけど、その中で国民の理解が得られるパターンを見つけていかなければならないと思うんです。

再診料を半分にされたということだけを言っているわけじゃないんです。そこについているリハビリテーションも半分にされたということですよ。これをわかってほしい。リハビリテーションが35点でもやっていたのは、再診料が74点あるからですね。35点は元々コスト割れなんですよ。それをさらに下げて、再診料も下げる。それが整形外科にはつらかったんですよ。せめて、どっちなかにしてほしい。

分かります。今回の選択はあまりにも急激すぎると思います。ただ、これから医療と介護の峻別が必ず起こってくるんですよ。今の整形はそのはざまに・・・

そうきたら、もう黙ってもらえません(笑)。

いや、あくまでもそういう考え方もあるということ。というのは、今後の診療報酬は、やはり医者がどれだけ直接関与するかということがポ

イントだと思っんですよ。リハにはいろいろなステージがありますが、急性期を過ぎての慢性期のリハに対しては譲ってもいいんじゃないか、という考え方は一方ではあると思っんですね。もちろん、あくまでも私個人の意見としてとらえてください(笑)。でも、ここまでギリギリの状況になってきたら、やはりそういうこともあり得るかなと思っっています。

今日、午前中診療してきましたけど、老人の 1 割の人で自己負担 80 円とか、尋常な診療費じゃないような気がしています。80 円ですよ(笑)。

内科では、例えば C 型慢性肝炎で、強ミノ 60ml を打つこともよくあります。再診料は 4 日目以降 370 円です。これでディスポの注射器を使うんです。30ml を 2 本。あれが 1 本 47 円なんです。47 円でさらに翼状針を使うんですよ。そのコストがトータルで 120 円ナンボです。ディスポ使わずにやれと言いたいけど、看護師との戦いになる。

だけど、370 円のうち 120 円引かれたら、250 円しか残らないんですよ。こんな馬鹿なことはないですよ、そりゃ僕も怒ってますよ(笑)。でも、まあ、・・・(笑)。

司会 いろいろと話もつきないとは思いますが、残り時間もそろそろなくなってきました。今日は長時間、多岐にわたるご発言ありがとうございました。先生方のいろいろな思いを発言していただけたのではと思っっております。

最後に、柏村副会長に総括をお願いしたいと思います。よろしく願ひいたします。

柏村副会長挨拶 先生方、長時間ありがとうございました。編集委員 r の先生方のおかげで本当に放談会になってしまいました(笑)。

この後、懇親会もありますので、続きは思いっきり放談していただきたいと思います。今日は、本当にありがとうございました。

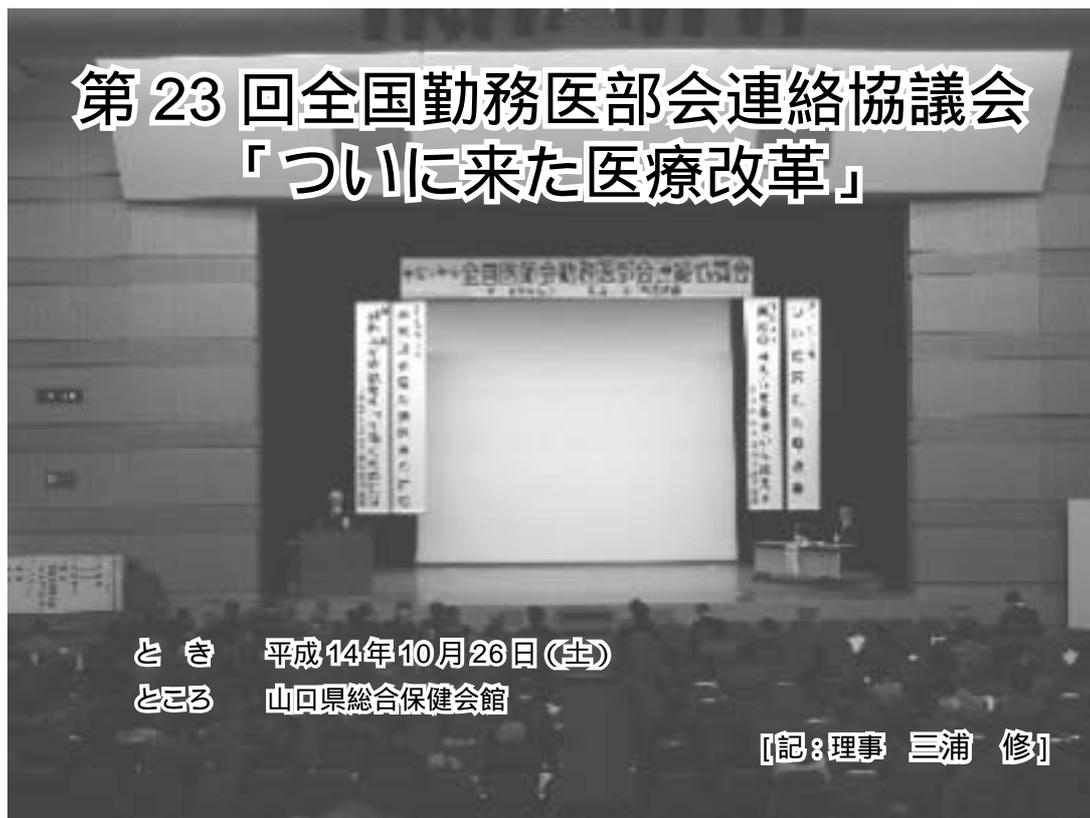
司会 最後になりましたが、頼りない司会にも拘わらず、ご協力していただきありがとうございました。いろいろと話もつきませんが、時間がまいりましたので、この辺で放談会を終わらせていただきます。

この後、懇親会もあります。続きは、その会でさらに思いっきり放談していただきたいと思ひます。今日は、皆様本当にありがとうございました。

(懇親会でも放談は続く・・・)



懇親会にて



第23回全国医師会勤務医部会連絡協議会（日医主催）が、平成14年10月26日（土）、山口市で開催された。「ついに来た医療改革」をメインテーマに、県外から239名、県内から171名、計410名の会員が参加し、大盛況のうちに開催された。

開会式では、主催者側の日本医師会会長坪井栄孝先生が、「多事多難の今だからこそ、われわれは結束して、日本の医療に誤りのない方向性を持たせるよう、努力していかなくてはならない」と述べられた。

また、藤井康宏山口県医師会長は、「今私たちに必要なことは、今後の日本の医療がどうあるべきかを改めて考え、それを意見として持ち、提言し、必要に応じて行動することであり、それが医療を守る医師会活動のエネルギーの根源となると考えている。皆様の積極的なご参加で、ぜひこの会を有意義なものにしていきたい。」と挨拶した。

特別講演

坪井栄孝会長が、「医療の考え方を根底から変える」と題して講演された。

その中で、「今行われている、財政主導型の医療改革、医療政策を根底から否定し、皆保険制度を中心とした、国民のための医療制度でなければならないと強調した。21世紀の医療は、患者さんが選ぶ医療であり、われわれが選ばれる医療でなければならない。そのためには、高い倫理観を持った医療、公的皆保険制度、質の高い医療、そして完全にディスクローズされている医療を実行することが必要である。そして、そこにはよい意味での競争原理が入ってくるであろうし、それをわれわれは忌み嫌ってはいけない。」と述べられた。

日本医師会勤務医委員会報告

池田俊彦日医勤務医委員会委員長より、勤務医委員会の報告があった。2年間の勤務医委員会は今年 11名のうち女性を含む7名が新しいメンバーとなり、フレッシュな視野で意見を述べてもらう。

勤務医委員会の役割の中心は、坪井会長の諮問「勤務医と医師会活動」についての答申の作成や、日医ニュースでの勤務医のページの作成である。開業医も勤務医も日本の医療政策についてもっと意見を発言すべきであり、勤務医委員会としても大所高所からいろんな意見を述べてそれを医療政策に反映させてほしいとの坪井会長の考えを踏まえ、2年間かけて答申案を作成したいと述べられた。また、勤務医会員数の推移、日医代議員における勤務医数、勤務医部会・大学医師会の設立状況についても報告した。勤務医委員会でのフリーディスカッションでは、卒後研修医制度についての意見を中心に多くの議論が出されているとの報告であった。

山口県勤務医アンケート調査報告

山口県勤務医アンケート調査の結果を、三浦修山口県医師会理事が報告した。アンケート調査用紙を県内病院勤務医 1,688名に配付し、908名(53.8%)からの回答を得た。これまでの継続的な調査項目を中心に、あらたに「医療改革の動き」や、「卒後研修について」などの調査を行った。その中で、他県と同様に勤務医の過酷な勤務状況や、過重労働が浮き彫りにされたが、何らかの医師会活動へかかわっている勤務医は半数にも満たない状態であった。

カルテ開示やクリティカルパスの導入などでは、多くの勤務医は医療改革の動きを敏感に感じ取り、身近な問題として考慮していることがわかった。卒後2年以上の臨床研修についてのアンケート結果を見ると、教育体制や指導者が不十分、あるいは時間的な余裕、経済的な余裕がないために、技術、知識、態度の修得が不十分であったとの意見も多く見られた。

次期担当県挨拶

次期担当県である有山雄基奈良県医師会長より、平成15年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の案内がなされた。「医療の質」をメインテーマに、平成15年10月18日(土曜日)に奈良市で開催予定であり、一人でも多くの会員の方にお集りいただきたいと挨拶された。

ランチョンセミナー

第1分科会

感染症対策について

- 院内感染に対する医師会活動について -

青森県医師会常任理事 和田 一穂

感染症の問題は、単に個々の医療施設の問題ではなく、いかに地域の医療機関が情報を共有化し、感染対策の共同実施と啓発を図っていくことができるかであるとし、青森県医師会内に設置した「青森県院内感染防止対策委員会」の活動状況を紹介された。

院内感染防止の基本は、感染防止活動の啓発と発生時の早期対応であり、また医師会内に365日対応の院内感染対応ネットワークを整備し、さらに行政と医師会、ICD(Infection control doctor)などの専門家の役割分担と連携を密にした全県的なネットワークを構築していくと述べられた。

第2分科会

日本医師会が提唱する卒後臨床研修「地域施設群研修方式(仮称)」モデル事業について

栃木県医師会常任理事 昌子 正實

今年度から栃木県で行っている卒後臨床研修についての報告が行われた。

日医モデル事業の募集に対して、全国で1人足利市在住の弘前大学卒業生が応募し、本年6月からの栃木県内の病院で地域施設群研修が開始されている。研修委員会のメンバーは、独協医科大学、自治医科大学を含む5つの救急救命セン

ターのある病院長を始め、14名の委員で構成された。研修医は医師会病院の職員であり、医師会のモデル事業担当の役割は研修医に対しての「里親」の役割であり、「里子」である研修医の将来に責任を持つと述べられた。

研修実施報告書によると、研修医に対して指導医がマンツーマンで指導し、「行動目標」、「研修目標」に対しての研修評価を各週ごとに作成しているが、研修事業は、指導医、研修機関、並びに職員の資質向上にも役立つと強調された。

シンポジウム

「医療改革後の勤務医の対応」(座長：山口県医師会勤務医部会会長 福村昭信)をテーマに、県内の5つの病院からのシンポジストが、それぞれの違った病院の立場から発言され、勤務医がこれからの医療改革にどうかかわり、どう対応していけばよいか議論された。

独立行政法人化後の国立大学医学部附属病院経営
山口大学医学部附属病院長 沖田 極

医療改革後にはお互い切磋琢磨し合い、よい環境を作り、よい住み分けを図るべきであり、それには病院長のリーダーシップが必要と述べられた。

自治体大病院の抱える諸問題

- 機能分担、卒後研修・後期研修 -

山口県立中央病院長 江里 健輔

公的病院の役割は僻地医療と救急医療であり、自治体病院の役割を果たしつつ、医療従事者の養成に努めたいと述べられた。

IT化は病院に何をもたらすか

- 電子カルテ・遠隔画像診断運用の現場から -

萩市民病院長 河野 通裕

電子カルテと遠隔医療支援、院内 web の観点から勤務医のかかわりについて述べられた。

企業病院として地域に貢献できること

- 急性期病院の役目と一般市民に望まれる病院にするには -

宇部興産(株)中央病院長 篠崎 文彦

企業病院ではあるが、市民病院としての役割を

果たしつつ、大学病院との共存を図り、病診連携を進めていくことが重要、と述べられた。

これからの地域医療と勤務医のかかわり

医誠会都志見病院副院長 村田 秀雄

これからの地域医療には、急性期医療と慢性期医療のすみわけが必要であり、患者さんの生活を支えるためにも、病院勤務医として病病連携、病診連携は不可避だと述べられた。

コメンテーターの星北斗日本医師会常任理事は、「これからの病院がよい医療を行うためには、それぞれの病院が役割分担を図りながら、何に焦点をあてて自分達の医療を実現して行くのか明確化する必要がある」と述べられた。

講演

西島英利日本医師会常任理事が「勤務医が意欲をもって働くためには」と題して講演された。

「勤務医が安心して必要な医療を提供するためには、しっかりした環境作りが大切であり、具体的には医の倫理の昂揚、医療情報の課題、医療の質の管理などが重要である。それがひいては患者さんのためにもなり、医師と患者さんの信頼の構築にもなる。日本医師会は、これからも質の高い効率的な医療を提供し続けるためにも努力を惜しまない」と強調された。



第 79 回 生涯研修セミナー

と き 平成 14 年 11 月 10 日 (日)

ところ 下関シーモールホール

特別講演 : 高度先進医療講座



潰瘍性大腸炎に対する白血球除去療法

山口大学医学部消化器病態内科学助手 檜垣 真吾

[記 : 生涯教育委員 福田 信二]

高度先進医療講座として潰瘍性大腸炎に対する白血球除去療法の実情を聞かせていただいた。白血球除去療法は透析療法に近い治療法であり、この 7-8 年注目を浴びている治療法である。潰瘍性大腸炎は、日本に 5 万人の患者がいる難病である。原因不明の炎症性疾患で再燃と緩解を繰り返す慢性の腸疾患である。15 ~ 25 歳に発症のピークがある。ステロイドやイムランという免疫抑制剤が有効であるので、今は免疫学的異常で潰瘍性大腸炎が発症してくるのではないかと考えられている。直腸をもっとも好発とし、上行性に慢性に腸の中に炎症を起こす。主として粘膜を侵す。しばしば糜爛、潰瘍をきたし、そこに炎症を起こしている。

クローン病は、潰瘍性大腸炎に比べて患者の数は少ないが、13,000 人いる。この疾患も同様に炎症性腸疾患として厚労省難病に指定されている。クローン病は腸管の壁の粘膜固有層から筋層まで全層性に炎症を起こすことで潰瘍性大腸炎と区別される。また飛び越し現象、非乾酪性肉芽腫

という、特徴的な組織像により、両者は区別されて扱われている。

潰瘍性大腸炎は組織学的には、活動期には腸粘膜にリンパ球、マクロファージ、顆粒球、肥満細胞などが混在する acute on chronic の炎症細胞浸潤と腸上皮細胞の変性、壊死、脱落、陰窩膿瘍、杯細胞の減少、腺管構造の乱れという腺管の異常が見られる。白血球除去療法はこの腸粘膜に浸潤してくる顆粒球を、もしくはリンパ球、マクロファージを浸潤する前に取り除こうという治療の試みである。潰瘍性大腸炎は現在のところ腸管免疫の異常が一番の根本的な原因であろうと考えられており、初めに腸粘膜に免疫が発動するのは上皮であり、上皮に何らかの刺激が加わるとそこを異物として反応するか、すぐ炎症を起こしてしまう。ある特定の細菌によって腸の粘膜が炎症を起こして炎症性腸疾患を起こしているという考え方と、腸の中に常在している細菌に対して腸免疫異常が起こっているという考え方がある。腸上皮において腸内細菌のある物質がおかしいというふうにし

て抗原提示を行われると、T 細胞が活性化される。T 細胞はマクローファージを活性化する。単球が腸粘膜に入っていくとマクローファージに形態変化するが、このマクローファージはいろんな物質を出す。TNF という組織障害型のサイトカインも出す。またマクローファージは血管内皮の上皮に接着因子を発現させ顆粒球を呼び寄せる。一方、顆粒球も、TNF により接着しやすい状態となる。このようにして末梢循環における顆粒球といったものを腸粘膜に誘導しやすくなる。顆粒球は腸粘膜に入ってくると蛋白分解酵素や活性酸素を分泌し、腸上皮を壊してしまう。この顆粒球が入ってくるところをブロックしたいというのが白血球除去療法である。TNF についてみると、内視鏡的に M1、M2、M3、M4 と活動度を表すが、M1 はほとんど出血しない、M2 は触ると出血する、M3 は空気を入れただけで出血する、M4 は潰瘍ができた状態をいう。この分類で TNF の発現を見ると、活動性があるにつれて TNF が増えている。

内科的治療には副腎皮質ホルモンとサリチル酸関連薬（サラゾピリンやペンタサ）、免疫抑制剤としてイムラン、サイクロスポリンがある。サラゾピリンは 5ASA とサルファピリジンがアゾ結合したもので、小腸でほとんど吸収されない。大腸に移行して、腸内細菌でアゾ結合が切れて 5ASA だけになり、そこで初めて炎症をおさえるような効果を示す。サルファピリジンは副作用を軽減するために、5ASA というものだけを単離して吸収しづらくしたのが、ペンタサである。イムランは効果発現に 3 か月位かかるので、緩解維持療法という長期にわたる使用法はできても、急性期の血便には使いづらい。サイクロスポリンは非常に効果があるが、血中濃度を随時測定して、ある一定の血中濃度に維持しなければならないので、使いづらい。しかし、非常によく効くので、急性期にも使用することができる。現行としては副腎皮質ホルモンを厚労省の研究班が決めた手順にしたがって使用する。急性期には体重あたり 1 ~ 1.5mg の点滴静注を行う。緩解維持療法になるとサラゾピリンやペンタサでおこなう。この緩解維持療法のサラゾピリンやペンタサでは 1 年間で 30 ~ 40% の再燃がみられる。今大学ではサ

イクロスポリンを使用して効果がなければ手術を行うことにしている。現行の潰瘍性大腸炎における問題点は 現在の治療法で 80 ~ 90% の症例が緩解導入され、血便がとまる。しかし、1 年間で 30 ~ 40% が再発する。ステロイドの治療に全然反応しない、ステロイド治療抵抗性の問題。ステロイドの治療に反応するが、30、25、20、15、10 と減量していくうちにまた血便が出始めるステロイド依存症例の存在。こういう患者が 10 ~ 15% ぐらいあり、白血球除去療法が必要になる。顆粒球吸着療法は血中の細胞を吸着する素材の中を、血液または細胞成分を含む体液が通過する際に、細胞成分が素材と接触して、物理的または化学的に吸着除去されることである。

歴史的には、1981 年に関節リウマチに対してリンパ球除去療法。1985 年にクローン病に対しては遠心分離法。潰瘍性大腸炎に対する白血球除去療法は、兵庫医大の澤田先生が 1995 年に発表している。2000 年 4 月の GCAP、LCAP が 2001 年 4 月に保険適応になった。

白血球除去療法の種類には、膜吸着分離法（LCAP）、ビーズ吸着分離法（GCAP）、ステンレス吸着分離法、遠心分離法がある。山で行っている遠心分離法はまだ保険適応の申請中で、保険適応がないので、高度先進医療として行っている。

顆粒球除去療法の適応基準は 1) 重症度分類で中等度、重症、及び劇症の活動期潰瘍性大腸炎、2) 罹患範囲は左側大腸炎と全大腸炎型、3) 薬物療法に反応しない患者、4) 薬物の副作用のために薬物の減量ないし中止を余儀なくされる患者である。

潰瘍性大腸炎の罹患部位別分類は直腸炎型（50%）、左側大腸炎型（30%）、全大腸炎型（10 ~ 15%）であり、右側だけの例は非常にまれである。重症度は 1) 下痢が 1 日 6 回以上、2) 顕血便が 3 +、3) 発熱が 37.5 度以上、4) 頻脈、5) Hb10g/dl 以下の貧血、6) 赤沈が 30mm/h 以上の 6 項目を設け、1) 及び 2) の他に全身症状である 3) 4) のいずれかを満たし、かつ 6 項目のうち 4 項目を満たすものを重症とする。難治性とは厳密な内科的治療にありながら、慢性持続型、再燃後 6 か月以上活動期にある、頻回に再燃を繰り返す方のいずれかをいう。重症の中でも

特に症状が激しく重篤なもので、15 回 / 日以上
の血性下痢が続き、強い腹痛、38 以上の持続
する高熱、白血球が 10,000 / mm³以上を劇症型と
規定している。顆粒球除去療法の保険適応基準は、
重症・劇症及び難治性患者、1 患者につき 2 クール
を限度として算定し、1 クールは週を 1 回とし
て 5 週間、全部で 10 回。劇症の場合、第 1 週に
限り 2 回を限度として算定できる。顆粒球吸着
除去法を行う場合、抗凝固剤はフサンを用い、血
液流量は 30ml/min、循環時間は 1 時間、処理
血液量は 1,800ml、体外流血量は約 200ml
である。顆粒球吸着除去療法で血球吸着数は 10⁹
個の単位で顆粒球 2.5、単球で 0.1、リンパ球で
0.2。吸着効率率は 25%、20%、6.6%。副作用は
59 例中 5 例、8 件あり、頭痛が 1 例、めまいが
1 例、立ちくらみが 1 例、吐き気が 1 例、発熱
が 2 例で、顔面が赤くなるのが 2 例。ショック
などは起こっていない。

遠心分離法では、抗凝固剤はクエン酸を用い、
血液流量は 55ml/min、循環時間は 2 時間、処理
血液量は 2,400ml、体外流血量約 100ml。
2 週間プレドニンを 30mg / 日以上投与しても反
応がないか、プレドニン減量中に再燃する、プレ
ドニンの副作用がある、生涯のプレドニンの積算
量が 5 g 以上を対象にしている。遠心分離法で
は顆粒球が 52%、単球が 12%、リンパ球が 37
%という比率で除去できる。除去白血球数は 10⁹
のオーダーで 3.7。遠心分離法の副作用は 50 例
中 13 例見られ、迷走神経反射が 2 例、痺れが 7 例、
貧血が 4 例。

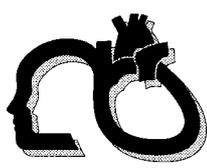
膜吸着分離法は血液流量は 30 ~ 50ml/min、
循環時間は 1 時間、処理血液量は 2,000 ~
3,000ml で、血球除去率は 10¹⁰ のオーダーで 1

であり、顆粒球の 99%、単球 99%、リンパ球
40 ~ 60%であり、顆粒球、単球はほとんど採ら
れてしまうというのが特徴であるが、15 分する
と白血球数が元に戻るため無顆粒球症になるこ
とはない。副作用は 42 例中 19 例に見られ、頭
痛が一番多く、吐き気、悪心などがある。有効
率は週 1 回、5 回やったところで緩解導入率は
GCAP71%、LCAP77.7%、遠心分離法 74%であ
まり差はない。白血球除去療法をしても再燃する。

ステロイドをやった群と遠心分離法した群で累
積非再燃率をみると 1 年経つとほとんど再燃す
る。潰瘍性大腸炎に対する白血球除去療法の利点
は、ステロイドに反応しない潰瘍性大腸炎にも
効果が期待できる、薬物療法に比較して副作用
が少ない、欠点は重症例に対する効果が 50%
と低いため、手術の時期が遅れる、治療効果の
判定がなんとなくあいまいで、血便といった臨床
症状だけにたよっている、再燃率は薬物療法と
変わらない。今頻回にするとどうなるか、緩解維
持ができないかを検討している。

白血球除去療法の注意点は、潰瘍性大腸炎は下
痢、血便、発熱を主症状とし、脱水、貧血のこ
とが多いので、白血球除去療法の前には脱水、貧血、
電解質の補正が必要である。排便回数が多い方は
治療中に排便するときもあり、治療前に排便して
いただく、または、おしめや携帯便器を用意する。
易感染性に注意して清潔操作に気をつける。感染
症状があれば、抗生物質で沈静化してから施行す
ることが大切である。

今、ハイタイターでインターフェロンの効果の
ない HCV で、白血球除去でインターフェロンの
効果を高めようとする試みや、HIV に感染したリ
ンパ球を取り除こうという試みがなされている。



Ca拮抗剤

ニバジール[®]錠

(ニルバジピン錠)

薬価基準収載

錠 2^{mg} / 4^{mg}

Nivadil[®] Tablets

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品注)

注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等に
つきましては、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元

フジサワ

大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

資料請求先：
藤沢薬品工業株式会社

作成年月2001年11月

特別講演 : 生活習慣病シリーズ 3



高脂血症と冠動脈硬化 - 循環器内科医の観点から -

山口大学医学部循環病態内科学教授 松崎 益徳

[記: 生涯教育委員 吉利 用和]

松崎教授の講演は、いつ拝聴しても理路整然として判りやすい講演である。今回の高脂血症の特別講演も、循環器内科の臨床医としての立場から、高脂血症の疫学、冠動脈粥状硬化の危険因子としての意味付けから始まり、最近の基礎的、臨床的な研究成果まで、われわれ一般医家にも判るように講演していただいた。午後のシンポジウム冠動脈疾患診療の現状と併せて、高脂血症の理解が増し、有意義な一日が過ごせたことを感謝しつつ、講演の要旨を述べる。

日本では、脳血管障害、なかでも脳出血の死亡が昭和 40 年から激減した。これは、低栄養状態（低コレステロール血症）の改善、降圧剤ニフェディピンの登場とともに、過剰な塩分摂取量と血圧の関係が疫学的に証明され、減塩の効果が国民に知らされ、「血圧の文化」を育成することにより、高血圧の改善、脳出血による死亡の減少につながったからである。

一方、米国では、冠動脈疾患による死亡が、1968 年、人口 10 万人当たり 1,000 人を超えており、コレステロールを下げる「コレステロールの文化」を育成し、総コレステロール値を 40 年間で平均 220mg/dl から 200mg/dl へと 1 割減少させることに成功した。最近日本でも、心疾患や脳血管疾患の動脈硬化を原因とする疾患の死因に占める割合が、平成 10 年初めに 30% を超え、日米の総コレステロールの平均値の差が 1960 年代 40mg/dl あったのが、2000 年にはほとんどなくなってきた。日本人は江戸時代から昭和 30 年代までの長い間、一日エネルギー摂取量の脂肪の占める割合が 9% 以下であったが、ここ数十年食生活の欧米化が進んだ結果、脂質の摂取量が

増え、現在では、一日摂取エネルギー 2,100Kcal の 27% を脂肪で摂取している。

しかしながら、日本人は冠動脈疾患の発症が欧米人に比べ、約 1/4 と少ないと言われている。欧米人のコレステロールと冠動脈疾患の危険因子（耐糖能異常、高血圧、喫煙等）と虚血性心疾患の発生頻度を検討した有名な Framingham 研究と同様に、日本人を対象とした J-LIT 研究でもコレステロール値が高ければ急性心筋梗塞が増え、危険因子が多ければ多いほど発症率は急峻となる結果が得られている。このことは、コレステロール値を下げるとともに、危険因子を一つでも減らすことが、冠動脈疾患の発症を減らすことになる。日本人の冠動脈疾患の発症が少ない原因は、欧米人に比し、高値のコレステロール値にさらされていた期間（コレステロール値と年数との積、すなわち面積）の差によるといえよう。すなわち、どれぐらい長い間、高値のコレステロールに血管がさらされていたかが、発症につながる。このことは、日本において発症率が今後増大する可能性を示唆している。

治療であるが、一次予防、二次予防においてもスタチン系薬剤を使って、心筋梗塞の発症、再発が約 3 割抑制されたことはよく知られている。ところが、心筋梗塞の患者はすべて高脂血症でなく、2/3 は正脂血症の患者であり、コレステロール値をいくりに維持すればよいか、判断に迷うことになる。正脂血症の患者に積極的にスタチンを投与して、スタチンの効果をみた報告がある。

心筋梗塞または不安定狭心症の既往の患者 9,014 例、平均コレステロール値 218mg/dl に 6 年間プラバスタチンを投与し、総コレステロールを 18%、LDL-C を 25% 減少させたところ、非

到死性心筋梗塞と冠動脈疾患死の発症率を 24% 減少したという報告 (LIPID Study) や、非 Q 波心筋梗塞または不安定狭心症の患者 3,086 例、平均コレステロール 210mg/dl にたった 16 週間アトルバスタチンを投与したところ、総コレステロールが 27%、LDL-C が 40% 減少し、狭心症の増悪や到死性の脳卒中の発生率を抑制できた報告 (MIRACL) である。これらの結果から、スタチン系薬剤には、コレステロールを下げるだけでなく、血管内皮機能改善作用、マクロファージの増殖抑制、抗酸化作用、抗炎症作用などの多面的効果があることが判ってきた。正脂血症の患者のコレステロール値を下げることにより、多面的効果が関与しているのではないかとされている。一方、冠動脈造影検査の発達により、急性心筋梗塞前後の冠動脈所見の比較から、心筋梗塞発症時の冠動脈狭窄度が判ってきた。4 つの大きな報告があるが、まとめると急性心筋梗塞の 86% の患者が有意な狭窄でない 70% 以下の狭窄病変に心筋梗塞を発症していることが判った。

急性冠動脈のイベントは、プラークの成長、動脈硬化の進展で 100% 狭窄をきたすよりもプラークの破裂、血栓による血管閉塞が原因と考えられるようになり、急性冠症候群 (Acute Coronary Syndrome) の概念が生まれた。動脈硬化には、慢性動脈閉塞症にみられる内膜の肥厚が狭窄を呈する加齢にともなう安定した生理的動脈硬化と、粥腫 (lipid core) を覆う薄い線維性皮膜 (fibrous cap) から構成される不安定な病的動脈硬化の 2

つのパターンがあり、不安定プラークが破綻し、心筋梗塞や脳硬塞をきたす。破れやすいプラークとは、薄い線維性の皮膜で lipid に富んでいるプラークで、内腔があっても卵型の血管の再構築 remodelling をきたしているもので、血管造影してもまったく正常としてしか見えない物もある。

冠動脈造影検査で評価できない Vulnerable Plaque を 0.9mm のカテーテルの先端に超音波をつけた血管内エコー法 (IVUS) を用いて、現在評価している。冠動脈造影検査では、まったく正常な血管でも、IVUS では外径が拡がり、油が豊富な今にも破れそうな血管が判る。40% 狭窄までは血管内腔は維持されるが、それ以上油がたまってくると卵型の eccentric な形態となり狭窄が進行する。75% 以上の狭窄病変が不安定プラークか否かを判断することは PTCA、STENT 等の治療方針を決める際、重要であり、現在 IVUS の光学的、音響的アプローチやカラーマッピング法を用いて、fibrous cap の厚みの研究を進めている。

血管内視鏡でも脂肪に富んだ破れやすいプラークは黄色いプラークとして認識できる。その他、CT や MRI を用いてプラークの評価ができるようになってきた。

最後に、家族性高脂血症の患者に薬物療法に積極的な LDL アフェレーシスを併せて行った結果、粥腫面積を減らすことができた最新の研究成果を示し、コレステロールを管理することの大切さを強調された。

シンポジウム「冠動脈疾患診療の現状」に参加して

[記 : シンポジスト 梅本 誠治]

はじめに

近年の冠動脈疾患の診断学・治療学の進歩には驚くべきものがあり、積み重ねられた研究により狭心症や心筋梗塞症は、重症度や予後なども含

めて診断可能になってきた。この領域における進歩の最大の特徴は、冠動脈疾患の診断学の進歩とインターベンションを含む治療学の進歩が見事に連結していることである。今回、山口県における病診連携を含む冠動脈疾患診療の現状を確認し、

さらに冠動脈疾患の予後改善をはかる目的で本シンポジウムが企画された。

1. 冠動脈疾患の危険因子

-Multiple Risk Factor 症候群-

山口大学医学部附属病院治験管理センター

梅本 誠治



欧米と比べてわが国の冠動脈疾患による死亡率は低く、現在米国の約 1/4 である。しかし、近年の食事を含めた生活習慣の欧米化と高齢化にともないわが国においても狭心症や心筋梗塞患者が次第に

増加している。Framingham 研究やわが国の久山町研究など多くの研究結果から、総コレステロール値（LDL コレステロール値）だけが冠動脈疾患の発症に重要ではなく、それ以外に、高血圧、糖尿病（耐糖能異常）、低 HDL コレステロール値、インシュリン抵抗性、高トリグリセライド血症、喫煙など冠危険因子を多数あわせ持った患者がより冠動脈疾患を発症・再発しやすいことが次第に明らかとなってきた。また、これらの冠危険因子を合併しやすい状態として肥満、なかでも皮下脂肪よりも内臓に脂肪を多く蓄積した内臓脂肪症候群が Multiple Risk Factor 症候群として注目されている。これらの冠危険因子を合併することで冠動脈疾患の相対リスクが相乗的に増加することが知られており、単に一つの冠危険因子をコントロールするだけでは冠動脈疾患の発症・再発を抑制することが不可能であることが次第に明らかとなってきた。したがって、これら冠危険因子の一つ一つをすべて確実に診断して治療していくことが冠動脈疾患の予防に重要であると考えられる。したがって、冠動脈疾患の発症予防のためには、食事を含めた生活習慣の修正と薬物療法を個々の症例において検討し、各個人の病態にあわせた治療法を選択していくことが大切である。

2. 急性冠症候群の病態とその対策

山口大学医学部循環病態内科学 藤井 崇史

不安定狭心症から心筋梗塞または心臓性突然死



に至る一連の病態を包括して急性冠症候群と呼ばれる。その発症機序として冠動脈プラークの破綻とそれにもなう血栓形成が重要な要因であることが最近明らかとなり、急性冠症候群の発生メカニズムを念頭に入れた冠動脈疾患の予防と治療が重要

となってきた。

破綻しやすい不安定プラークの特徴としては、脂質含量が多い脂質コアと薄く脆弱な線維性被膜がある。この脂質コアの大きさは冠動脈の狭窄度と必ずしも相関しないが、プラーク破綻のやすさと比例関係にある。

急性冠症候群、特に不安定狭心症の診断は可能な限り迅速に行い、心筋梗塞への移行を阻止することが重要である。その診断でもっとも重要であるのが問診であり、多くは特徴的な症状により本疾患を疑うことができる。確定診断のためには心電図検査、心エコー検査や心筋マーカーの測定が必要となる。

急性冠症候群の治療では、プラーク破綻にもなう閉塞性血栓の形成を阻止することが重要であることから、薬物療法は抗血小板薬や抗凝固薬の投与が中心となる。しかし、心電図が ST 上昇型や ST 低下型であっても高リスク症例では早期の冠動脈造影と冠動脈インターベンション療法（PCI）が必要である。

さらに急性冠症候群の二次予防で重要なことは、プラークの安定性を増すことと破綻のトリガーとなる因子を減少させることである。プラークの安定化をはかる薬物療法としては、高脂血症に対する積極的なコレステロール低下療法、高血圧に対する ACE 阻害薬、アンジオテンシン 受容体拮抗薬（ARB）、持続型 Ca 拮抗薬等による治療や糖尿病に対する積極的な治療が有効である。

3. 冠動脈疾患における救急医療の現状

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター

笠岡 俊志

突然死（発症から 24 時間以内の予期せぬ内因性死亡）は、日本では年間 10 万人以上あり、その原因の半数以上は心血管疾患と考えられてい



る。急性心筋梗塞による死亡の多くは発症後 1 ~ 2 時間以内の病院外での突然死とされ、これらを含めた急性心筋梗塞の死亡率は依然として高率である (20 ~ 30% 前後)。

心肺停止を起こした患者が完全社会復帰するためには、心停止後 4 分以内に心肺蘇生が開始されることが望まれる。しかしわが国では、救急救命士導入にもかかわらず、病院外心肺停止患者全体では必ずしも心肺停止患者の社会復帰率は改善していない。救急救命士がプレホスピタルケアとして心肺停止患者に実施できる救急救命処置 (特定行為) の問題点として、救急救命士の特定行為には医師の具体的な指示 (メディカルコントロール) が必要なこと、エピネフリンなどの緊急薬品が使用できないこと、確実な気道確保である気管挿管ができないことなどが指摘されている。

一方、心停止の目撃者または発見者による心肺蘇生法の施行率が高い地域でも 40% 前後と決して十分ではないことから、一般市民による心肺蘇生法が変更・改訂された。また、病院外心肺停止患者に対する二次救命処置をできるだけ早く開始するためのドクターカーやドクターヘリの運用が注目されているが、ドクターカーシステムの運営には多くの課題が残されており、全国的に普及しない一因となっている。山口県では一部の医療機関がドクターカーの導入を検討中である。一方、医師が同乗する消防・防災ヘリコプターでの患者搬送が可能となり、主に病院間の搬送に利用されている。

心室細動による心停止から除細動までの時間が 1 分遅れるごとに生存率が 7 ~ 10% 程度低下する。そのため、救急隊 (救急救命士) の現場到着まで、さらに早期に除細動を行うための改善策として、現在わが国では、公共性の高い場所で働く警察官、消防士、警備員、船員、航空機乗務員などに一定教育を実施後、対外式自動除細動器を使用許可することが検討されている。さらに、突然の心肺停止患者を何とか救命したいという考えから、救急救命士が連続的に実施される "chain of survival" という概念が提唱され、わが国の指

針においても、迅速な 119 番通報、市民による心肺蘇生、救急救命士による除細動、医師による二次救命処置へと救急救命士法が連続的に行われなければならないことが強調されている。

病院外で心肺停止を起こした患者に対する治療の最終目標は救命ではなく完全社会復帰である。そのためには、プレホスピタルケアの充実とともに病院到着後の二次救命処置及び集中治療管理が重要である。社会復帰率の向上を目指して、救急救命センターでは循環器内科と連携しながら、従来の二次救命処置にて心拍再開しない患者に対する経皮的な心肺補助法 (PCPS)、急性冠症候群に対する PCI、心拍再開後の脳蘇生を目的とした脳低温療法などが行われている。

4. 冠動脈疾患の内科治療の現状

総合病院 社会保険徳山中央病院循環器内科主任部長
小川 宏



近年の冠動脈疾患の診断・治療、なかでも薬物療法の進歩と急性期再灌流療法の進歩により急性心筋梗塞の院内死亡率は、10% 以下になった。薬物療法の進歩としては、アスピリン、ACE 阻害剤、スタチン及び β ブロッカーが冠動脈疾患患者の予後改善として証明されている。今後 ARB にも同様の効果が認められる可能性がある。

急性期再灌流療法の進歩としては、血栓溶解療法としてウロキナーゼによる血栓溶解療法から始まり、mutant t-PA による血栓溶解療法へ進歩した。投与方法も経静脈投与が現在主流になった。設備やスタッフが不要で、入院より早期に治療が始められるなど利点は多いが、再灌流成功率が高くても 75%、出血の合併症、残存狭窄が高度で再閉塞率が高いなどの限界がある。

一方、PCI による direct な再灌流療法は、balloon のみによる primary PTCA から始まり、ステントを併用する治療法になり再灌流がより確実になった。この方法は設備や熟練のスタッフが必要であるが、完全な再灌流率が有意に高く (90% 以上)、少なくとも短期予後は明らか

に良好で、血栓溶解療法より禁忌が少なく、ステント併用で成績がさらに向上し、心原性ショックをとまなう重症例では血栓溶解療法より優れている。

しかし、door to balloon time (入院から再灌流までの時間) や術者の熟練度が死亡率に相關することが示されており、これらの点を含めた病院の十分な受け入れ体制が重要である。

現在の問題点として、no reflow や末梢血栓をどのようにして防ぐか、また、入院から再灌流までの時間をいかにして短くするかが問題になっている。このために従来の PCI に他の治療法を併用し、より早期により完全な再灌流を得ることを目指した facilitated PCI が近年注目されている。

5. 冠動脈疾患の外科治療の現状

済生会下関総合病院心臓血管外科主任部長

小林 百合雄



冠動脈疾患に対する外科治療は、1960 年代に体外循環使用、大動脈遮断、心停止下に、大伏在静脈グラフトを用いた大動脈-冠動脈バイパス術 (A-C バイパス術) が始まった。

しかし、SVG はアテローム硬化を主体とする Vein graft disease により、10 年開存率が 60 ~ 70% と長期開存性に問題が生じた。1970 年代には、開存性に優れた動脈グラフトの使用が始まり、in-situ の場合は大動脈への吻合操作を必要としないため、冠動脈バイパス術 (CABG) と呼ばれ手術死亡率も 2 ~ 2.5% と安定し普及した。動脈グラフトとしてもっとも信頼性のある左右の内胸動脈を用いた場合、10 年開存率は 90% 以上と言われている。橈骨動脈や胃大網動脈も使われるが、動脈硬化やスパズムの問題をかかえている。一方、CABG には体外循環使用や大動脈遮断に起因する合併症として脳梗塞の頻度が 3% 前後あった。1990 年代になり体外循環を使用しない皮膚小切開での一枝バイパス術として低侵襲冠動脈バイパス術 (MIDCAB) が始まり、さら

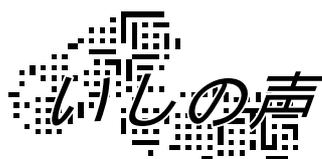
に、Stabilizer や Heart Positioner などの手術器具の進歩により、胸骨正中切開による多枝バイパス術も可能となり、心拍動下冠動脈バイパス術 (OPCAB) が普及し、脳梗塞の合併頻度も低下してきている。昨年の CABG 総数は約 2 万例 / 年で、全心臓手術の 40% 強を占め、待機的手術の死亡率は 2% 以下となった。OPCAB は 30 ~ 40% で年々増加傾向にあり、今後は CABG の主流になるものと思われる。

心筋梗塞合併症の外科治療としては、左心室瘤に対しては Dor 手術 (Endoventricular Circular Patch Plasty) により良好な左心機能が保たれるようになった。また、心室中隔穿孔に対しては Infarction Exclusion Technique により手術救命率が向上した。心破裂に対しては、fibrin 糊や GRF glue などの接着剤の進歩による梗塞部被覆法により救命率が向上した。末期的虚血性心疾患に対する外科治療としては、心筋内血管形成術 (Transmyocardial Laser Revascularization) や血管新生治療法 (自己骨髄細胞の移植など) も試みられている。

まとめ

冠動脈疾患の診断と治療の急激な進歩は、冠動脈疾患の予後を明らかに改善している。今回、本シンポジウムにおいて山口県における冠動脈疾患診療の現状を把握することができた。

今後は、一般市民に対する啓蒙を含めて、冠動脈疾患の各危険因子に対する予防と冠動脈疾患発症急性期の突然死を含めた治療戦略をさらに推進させることが山口県における冠動脈疾患死を減少させる上で重要である。



私とゴルフ

厚狭郡 橋本 康彦

私とゴルフの出合いは、昭和 45 年 8 月に宇部興産中央病院へ赴任したときである。院内で「ふらんだ会」という名のコンペが毎月開催されていた。当時の院長故五十川先生、副院長渡辺浩策先生をはじめ、多くの職員がメンバーであった。

私は大学の副手(無給医局員)からの赴任であったので、クラブ等用意する余裕がなく、またゴルフを始める気もなかったが、渡辺先生に強くすすめられて始めた。初回はボール(もちろん口ストボール)だけ自分で用意し(30 個ぐらいもっていったがほとんど OB で失った)クラブ、シューズ、キャディバッグは借り物であった。スコアはハーフで 80 ~ 90 の間であったように記憶している。当時 OB はすべて打ち直しであったので、ワンホールのスコアが 10 以上になることもしばしばであった。しかしゴルフがこんなに面白い、楽しいスポーツ(遊び?)だとはやってみて始めて分かった。

日本臨床外科学会は当時、前日にゴルフコンペがあり、ゴルフバッグを担いで新幹線で行ったものだ。今日のようにゴルフ宅急便はなかった。

ゴルフのレッスン書等はほとんど読んだことはないが、パーヴィペニックのゴルフグリーンブックは読んだ。「ゴルフスイングに関して、香りにたとえばバニラのようなもので、シンプルに考えるほど結果が出ていいし、また永続きする。」とっている。私は外科医だが、手術に関してもシンプルな術式がいいように思っている。その中にスコアを 5 つ縮める方法というのがある。それにはショートゲームを覚えることとっている。「チップとパットを一生懸命練習せよ」と。しかし、私たちは練習場ではほとんどドライバー

等を一杯打っていることが多い。

中国には「食を以って人を観ん」という言葉があるという。その人物を正確に知る早道と言われている。

ゴルフの途中に垣間見せる言動こそ、その人の人柄そのもの、赤裸々な姿ではなからうかと言われ「ゴルフを以って人を観ん」という言葉も生まれているようです。

ある会社では会長、社長が数十人の管理職を相手にプレーし、相互理解を深めるとともに、人間観察をし、人柄を観察し、その結果を分析して人事異動に役立て、優秀な人材を選出し、適材適所に配して業績を伸ばしたという話が出ていました。それほどゴルフには効用があるということでしょうか。

私もゴルフを通じて多くの人々と出会うことができ、お付き合いの続いている人がたくさんいます。

ゴルフはいくつになってもできるスポーツですので、これからも体が動く限り続けたいし、お付き合い願いたいと思っています。

会員の動き

- 平成 14 年 11 月受付分 -

入 会

郡市	県	日	氏名	診療科目	医療機関名
徳山	2	ハ -	木村 光浩	整	新南陽市民病院
徳山	2	ハ -	藤井 康弘	脳神外	新南陽市民病院
防府	1	A1	村田 敦	児	村田小児科
岩国市	2	ハ -	森近 俊彦	外	(医)岩国みなみ病院
小野田市	1	A1	山田 覚	内・循	(医)社団誠医会山田循環器科・内科
山口大学	3	A2	湯尻 俊昭	内	内科学第三

退 会

郡市	氏名	備考
大島郡	二見 孝	
宇部市	和田 光夫	
岩国市	中原 千加子	(医)新生会いしい記念病院 より
光市	原田 栄二郎	総合病院光市立病院 より
柳井	吉原 正和	(医)恵愛会柳井病院 より
長門市	秋山 紀雄	厚生連長門総合病院 より
山口大学	小林 哲郎	外科学第一 より
山口大学	徳田 修	放射線医学 より

異 動

郡市	氏名	異動事項	備考
宇部市	玉井 和則	勤務先	(医)社団泉仁会宇部第一病院
宇部市	和田 尚	診療科目	わだ泌尿器科クリニック (泌・性)
山口市	上田産婦人科医院	所在地	753-0043 山口市宮島町 11-2
徳山	石田整形外科	施設名称	【石田医院 より】
長門市	瀬山 厚司	勤務先	厚生連長門総合病院【山口大学 より】

日
医
F A X
ニ
ュ
ー
ス

11 月 29 日 1314 号

患者負担増の回避を主張
 勤務医含む全会員の一致団結の必要性を強調
 総合規制改革会議の答申内容報道受け反論
 「地域施設群研修方式」モデルへの積極参加促す
 保険者の統合で都道府県に一部権限も移管
 全社連一括委託方式は経過措置を経て廃止へ

12 月 3 日 1315 号

診療報酬体系は医師の裁量性を十分尊重
 高齢者医療制度案は「独立保険方式」で決着
 医療保険一本化、介護保険の円滑推進など決議
 救急救命士は研修、試験を経て気管挿管実習へ
 社会保険病院への保険料投入は原則廃止
 来年 8 月末期限の病床区分、77%の病院が未届け

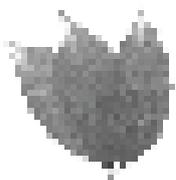
12 月 6 日 1316 号

診療報酬ネットワーク完成、不合理項目の改善に意欲
 被用者保険 3 割負担の先送りを官邸に要請
 歳出を 02 年度水準以下に抑制
 混合診療、株式会社参入は「最後の最後まで抵抗」
 「医療安全推進者養成講座」の受講者を募集

12 月 10 日 1317 号

医療機関経営の株式会社参入は「問題意識」
 介護報酬を 5 %引き下げ
 診療報酬はドクターフィーとホスピタルフィーに
 肺がん治療薬「イレッサ」で死亡例 81 件

病・医院経営をあらゆる面からサポートします。



Daiichi Medical Co., Ltd.
 総合メディカル株式会社 **0120-33-7613**

〒750-0001 山口県山口市下中町 1-1-1
 TEL 083-922-1111 FAX 083-922-1112
 E-MAIL info@daichi-medical.co.jp

ご案内	学 術 講 演 会
	<p>と き 平成 15 年 1 月 9 日 (木) 午後 6 時 30 分 ~</p> <p>と ころ ホテルサンルート徳山</p> <p>演 題 「骨粗鬆症の診断と治療 - 最近の進歩・話題 -</p> <p style="text-align: right;">大阪市立大学老年科・神経内科助教授 三木 隆己</p> <p>日本医師会生涯教育制度による単位 (5 単位) を取得できます</p> <p style="text-align: right;">主催 徳山医師会</p>

ご案内	<p>第 1 回やまぐち痴呆ケアセミナー</p> <p>テーマ：痴呆性高齢者及び介護者の QOL 向上のために</p>			
	<p>と き 平成 15 年 1 月 11 日 (土) 午後 2 時 ~ 5 時半</p> <p>と ころ 山口県総合保健会館 多目的ホール (会場収容 800 人・駐車場あり)</p> <p style="text-align: center;">山口市吉敷 3325-1 TEL083-934-2200</p> <p>参加対象者：痴呆性高齢者のケアに関連する医療・福祉スタッフ</p> <p>参 加 費：500 円</p> <p>特別講演 14:15 ~ 「痴呆性高齢者に対する園芸療法の実際」 (有)人と自然社代表取締役・園芸療法士 菅 由美子</p> <p>特別講演 15:00 ~ 「中山町の痴呆対策の実例」 愛媛県中山町保健福祉課長・保健師 西村 道子</p> <p>テーマ討論 15:45 ~ テーマ「QOL 向上のための活動の実際とその課題」</p> <p>1. 活動発表</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">山口県 保健師 社会福祉士 作業療法士 在宅介護コーディネーター 医師 (痴呆疾患センター)</td> <td style="width: 50%;">山口県健康福祉部高齢保健福祉課 大島郡橘町役場 オレンジ苑居宅介護支援事業所 介護老人保健施設寿光園 特別養護老人ホーム神原苑 山口県立中央病院神経科</td> <td style="width: 50%;">山本 隆 川口 雅枝 郡 恵子 宮内 順子 山田奈津子 兼行 浩史</td> </tr> </table> <p>2. パネルディスカッション</p> <p>お問い合わせ先：山口大学医学部保健学科 野垣 宏 TEL・FAX0836-22-2858 共催：やまぐち痴呆を考える会ほか 後援：山口県医師会ほか</p>	山口県 保健師 社会福祉士 作業療法士 在宅介護コーディネーター 医師 (痴呆疾患センター)	山口県健康福祉部高齢保健福祉課 大島郡橘町役場 オレンジ苑居宅介護支援事業所 介護老人保健施設寿光園 特別養護老人ホーム神原苑 山口県立中央病院神経科	山本 隆 川口 雅枝 郡 恵子 宮内 順子 山田奈津子 兼行 浩史
	山口県 保健師 社会福祉士 作業療法士 在宅介護コーディネーター 医師 (痴呆疾患センター)	山口県健康福祉部高齢保健福祉課 大島郡橘町役場 オレンジ苑居宅介護支援事業所 介護老人保健施設寿光園 特別養護老人ホーム神原苑 山口県立中央病院神経科	山本 隆 川口 雅枝 郡 恵子 宮内 順子 山田奈津子 兼行 浩史	

お知らせ	医 師 の 届 出 と 調 査 に つ い て
	<p>2 年に一度行われる医師の届出及び調査が平成 14 年 12 月 31 日付けで実施されます。</p> <p>届出票は、病院、診療所等に勤務する医師には勤務先の施設を通じて、その他の医師には健康福祉センター (保健所) から直接配布されます。</p> <p>もれなくご記入の上、平成 15 年 1 月 15 日までに健康福祉センター (保健所) へ提出してください。</p>

平成 15 年度第 1 回「日医総研認定・感染性廃棄物安全処理推進者養成講座」
- 受講者募集 - 一部変更の可能性があります。詳細は日医総研にお尋ねください。

日医総研では新たに開講いたします「日医総研認定・感染性廃棄物安全処理推進者養成講座」の平成 15 年度（平成 15 年 3 月受講開始～平成 16 年 2 月受講終了）第 1 回受講者を募集することといたしました。

[受講対象者]

全国の医療機関、訪問看護施設、介護福祉関連施設の職員や、都道府県医師会、郡市医師会等で廃棄物の処理・管理に関連する業務に従事する方及び、感染性廃棄物の安全処理管理に対する強い意欲と高い関心を有する方。

医療関係職種の各種ライセンスや最終学歴等、特に受講資格は限定しません。

[定員・修業年限・受講期間]

定 員：500 名

修業年限：1 年

受講期間：平成 15 年 3 月～平成 16 年 2 月

[教育カリキュラム・教育方法]

通信制の 9 教科・「スクリーング方式の講習会」(全 3 回：各日曜日 1 日間東京で開催)

通信制教育 教科名 感染性廃棄物安全処理推進者養成講座オリエンテーション

感染性廃棄物の処理処分の体系と方法

感染性廃棄物処理管理の基礎

診療の現場における感染性廃棄物処理管理マニュアル

医療施設における感染性廃棄物処理管理マニュアル

看護の現場における感染性廃棄物処理管理マニュアル

診療所の感染性廃棄物処理管理マニュアル

訪問看護における医療廃棄物の処理管理マニュアル

感染性廃棄物の委託処理マニュアル

感染性廃棄物処理関連法規マニュアル

スクーリング 上記内容講習会(全 3 回、原則各々日曜日・1 日間東京で開催)

[認定証の発行]

一定の要件を満たした受講者に対し、日医総研所長は、「日医総研・感染性廃棄物安全処理推進者認定証」を発行します。

[認定証の審査方法]

審査は、9 教科からなる「通信制教科」において月 1 回のペースで出題される演習問題すべてに 7 割以上、まじめに解答を提出するとともに、講習会に 2 回以上出席することをあわせて審査します。

[受講料]

年間 84,000 円(税込み、当該費用にテキスト代、講習会費用(旅費等を除く)等は含まれますが、「感染性廃棄物安全処理推進者ネットワーク」の費用は含みません)

1. 受講希望者は、「医総研認定・感染性廃棄物安全処理推進者養成講座受講希望」と明記の上、日医総研宛お申し込みください。

・氏名・年齢・性別・連絡先住所・電話番号・ファクシミリ番号

2. FAX 等による締切り：平成 15 年 1 月 31 日必着

(受付は先着順とさせていただきます。なお、期日前に定員に達した場合には、その時点で締め切らせていただきます。)

3. 申込み方法：上記事項を明記の上、「日医総研認定・感染性廃棄物安全処理推進者養成講座担当」宛て、次のいずれかの方法でお申込みください。申し込み受付終了後の平成 15 年 2 月に受講手続関係書類・受講料振込み書を送付いたします。

1) 郵送：〒 113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16

「日医総研認定・感染性廃棄物安全処理推進者養成講座」係

2) FAX：03-3946-2138

3) E-mail：inf@jmari.med.or.jp

4. 講座の内容等に関する問合せ先：TEL03-3942-7215

施設の賃貸契約物件について

お
知
ら
せ

所在地 岩国市中津町 1-20-28

(旧・湊谷眼科医院)

医院・付属施設の概況

建物 約 90 坪 鉄骨コンクリート 2 階建

1 階 (45 坪): 受付事務室・待合室・診察室・検査室・検査設備

2 階 (45 坪): 手術室・病室 4 室 (最大 7 人まで入院可)・浴室・看護婦待機当直室

駐車場 自院駐車場 7 台駐車可

現在賃借中の駐車場 6 台駐車可

その他 眼科に限らず何科でも可。

湊谷家に医師後継者はいない。

お問合せ先 岩国市医師会事務局

0827-21-6135 FAX0827-22-9218

編集後記

W 杯の熱気が冷めてみると、銀行の不良債権問題、株価低迷、雇用不安、われわれにとっては、初めての診療報酬マイナス改定と、暗くなるような話題ばかりの 1 年でした。医事紛争対策委員会に、立て続けに恐喝・脅迫まがいの事例が上がってきたのも、今年の特徴といつてよいのでしょうか。いみじくもある委員はこれを「不況型医療訴訟」と呼びました。

いいがかりとしか言いようのない理由で賠償を求め、拒絶すると暴行、暴言を吐く、長時間にわたり監禁状態で脅迫・恐喝を続けるといった状況で、賠償金目当てであることが一目瞭然でした。いずれのケースも、顧問弁護士が間に入り解決を見えています。脅迫・恐喝めいた脅しがあっても、それについての明白な証拠がなければ、警察は動くことができないそうです。そこで弁護士の助言で電話機に録音機を取り付け、暴力的発言を録音することで、相手側の逮捕につながった事例もあります。その医療機関の院長は「医師会に入っていて、本当に良かったと思いました」とつくづく話していたのが印象的でした。

相手側が引き留め、話し合いが長引くような場合には、「そろそろお引き取りください」と伝え、相手が納得しない場合には、警察に連絡すれば動いてくれるという話や、拡声器を使って悪口、雑言を吐く場合は、敷地内でなくても、それが診療妨害になるのであれば、警察が動いてくれるという話は、やはり弁護士ならではのことと感心します。

「医事紛争はよそ事」と、多くの先生方は考えておられると思います。ところが最近は「どうしてこんなことが紛争になるのか」と思うような事例が、しばしば委員会にかけられます。どんなに一生懸命、どんなに真面目に診療を行っていても、いつ医事紛争に巻き込まれるか、まったく予測のつかない時代になっています。

医事紛争になりそうな場合は、できるだけ早く郡市医師会の担当理事に相談してください。紛争になることを怖れたり、上記のような恐喝、脅迫に負けて安易に妥協すると、かならず後悔することになります。医事紛争時の手続、処理の流れについて、あらためて理解を深めておいていただきたいと、医事法制担当のひとりとしてお願いしたいと思います。

来年こそ明るい話題の多い年になってほしいものです。皆さまよいお年をお迎えください。

(吉本 正博)

山口県感染性疾病情報

平成 14 年 11 月分

医療圏（福祉センター） （圏内医師会）	岩国 （玖珂）	柳井 （大島）	徳山 （下松・ 光・ 熊毛）	防府	山口 （吉南・ 阿東）	宇部 （小野田 ・厚狭 ・美祿）	萩	長門	下関 （豊浦）	合計
インフルエンザ定点	7	5	11	6	8	12	2	3	15	69
インフルエンザ	0	0	3	0	6	0	0	0	0	9
小児科定点	5	4	8	4	5	9	1	2	11	49
咽頭結膜熱	0	0	6	0	0	1	0	0	4	11
A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎	34	4	117	29	25	94	9	12	132	456
感染性胃腸炎	519	87	829	176	267	482	66	188	647	3,261
水痘	8	5	73	67	41	12	44	10	51	311
手足口病	2	0	5	3	2	1	0	3	10	26
伝染性紅斑	0	1	7	2	2	4	1	0	6	23
突発性発疹	16	6	67	17	49	20	9	9	40	233
百日咳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
風疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ヘルパンギーナ	0	0	2	1	0	10	5	0	3	21
麻疹	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
流行性耳下腺炎	12	3	46	15	17	9	1	4	18	125
眼科定点	1	1	1	1	1	1	0	1	2	9
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0
流行性角結膜炎	12	19	33	1	1	1	-	0	4	71
基幹定点（週報）	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8
急性脳炎（日本脳炎を除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
細菌性髄膜炎（真菌性を含む）	0	0	1	0	0	-	0	0	0	1
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
マイコプラズマ肺炎	0	0	1	1	0	-	0	0	1	3
クラミジア肺炎（オウム病は除く）	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0
成人麻疹	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0

[平成 14 年 11 月情報]

周期的な寒波到来は見られたが、一般的に温暖な晩秋の日々に終始した。

先月に続いて同様な感染症低調発生推移であった。

月後半、感冒様症状の受診児が増加、体質児の喘息性気管支炎発症受診が目立った。

なお、月末、インフルエンザ様疾患の発生傾向はまだ認められていない。

県下 10 月報告数を多報告順でその概況をまとめると、秋の好シーズン到来で、やや減少傾向を示していた例月の最多発多報告疾患『感染性胃腸炎』が、今月やや集計増となってきている。寒波によるものか不明であるが、“要注意”とされる。

A 群溶連菌咽頭炎（第 2 位）これも月末増加傾向。

月間発生数の多い少ないの一つの基準とされる突発性発疹報告数を上回る疾患は以上の 2 疾患、今後の増加疾患として警戒される。

水痘は第 4 位、例年の秋落ちの反転を示す。増加の勢い必至、今後“要警戒”。

流行性耳下腺炎続集計減。流行沈静。徳山・防府に多。

[鈴木検査定点情報]

急性上気道炎の発熱疾患が比較的多。RS 感染症多発。

アデノウイルス感染症、溶連菌感染症散見。

SRSV とと思われるウイルス性嘔吐下痢症も多く見られた。

[徳山中央病院情報]

11 月も入院患児少く、特に特徴なし。

急性胃腸炎・急性腸炎・喘息性気管支炎・喘息・仮性クレープ・気管支肺炎、等。

RSV 陽性 2 例、ロタウイルス陽性 1 例、病原性大腸菌 O-11 例。

川崎病 2 例。マムシ咬傷 1 例（抗毒素使用）。

ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群（MSSA）1 例。

ヘルペス様歯肉口内炎 1 例。

[山口日赤病院情報]

感染性胃腸炎多発。

溶連菌・水痘 小流行あり。

細菌性髄膜炎 2 才女児、0 生日男児（子宮内感染）起炎菌はいずれも検出されず。

川崎病 1 名（4 歳女児）

[松尾小児科 (山口) インフルエンザ初報] 12 月 3 日 3 歳児インフルエンザ A 確認

[現在の状況]

先月下旬まで、一般的に感染症発生は目立たなかったが、月末から 12 月にかけて、俄かに感染性胃腸炎、ひき続いてインフルエンザ情報入手

感染性胃腸炎多発生続く。

[10 月の多報告順位]

- 1) 感染性胃腸炎、 2) A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、 3) 水痘、
- 4) 突発性発疹、 5) 流行性耳下腺炎、 6) 流行角結膜炎、
- 7) 手足口病、 8) 伝染性紅斑、 9) ヘルパンギーナ、 10) 咽頭結膜熱。

[山口県医情報編集室] 鈴木英太郎、倉光誠、内田正志、田原暁、健康増進課 (西山担当ほか)

『月報集計対比と最新情報までの週間推移』

[第 43 ~ 47 週集計] (10/21 ~ 11/24)

インフルエンザ様疾患	(0 -0 -3 -3 -3)0	9	月末散発 A 型情報、流行要警戒。
咽頭結膜熱	= (2 -2- 1- 2- 4)5	11	散発、非流行。
A 群溶連菌咽頭炎	(92 -64 -88 -89-123)215	456	全県集計倍増、下関・徳山次いで宇部増加目立つ。
感染性胃腸炎	(564-667-685-703-642)993	3261	全域著増、要警戒、ひき続いて最多疾患。
水痘	(47 -37 -56 -83 -88)136	311	増勢要警戒、県中央部増目立つ。
手足口病	(7 -4 -3 -8 -4)30	26	沈静傾向、全県散発。
伝染性紅斑	= (2 -2 -4 -7 -8)16	23	非流行、徳山・下関散発。
突発性発疹	= (52 -49 -43 -49 -40)212	233	例月どおりの多報告続く。
百日咳	(0 -0 -0 -0 -0)0	0	今月報告なし。
風疹	(0 -0 -0 -0 -0)0	0	今月報告なし。
ヘルパンギーナ	= (9 -4 -4 -2 -2)21	21	シーズン・オフ、同程度散発。
麻疹	(0 -0 -0 -0 -0)1	0	今月報告なし。
流行性耳下腺炎	= (25 -20 -27 -16 -37)106	125	同程度の散発流行。徳山比較的多。
急性出血性結膜炎	= (0 -0 -0 -0 -0)0	0	報告なし。
流行性角結膜炎	(14 -17 -17 -13 -10)30	71	引き続き県下全域に散発。
急性脳炎	(0 -0 -0 -0 -0)0	0	報告集し。
細菌性髄膜炎	(0 -0 -0 -0 -1)1	1	徳山 1 例。
無菌性髄膜炎	(0 -0 -0 -0 -0)0	0	報告無し。
マイコプラズマ肺炎	(0 -1 -0 -2 -0)5	3	徳山、防府、下関、各 1 例。
クラミジア肺炎	(0 -0 -0 -0 -0)0	0	報告集し。
成人麻疹	(0 -0 -0 -0 -0)0	0	報告集し。

平成 14 年 11 月定点コメントによる週別集計表

病原体あるいは抗体価確認例 (迅速診断含む)	43 週	44 週	45 週	46 週	47 週	合計
	10/21-10/27	10/28-11/3	11/4-11/10	11/11-11/17	11/18-11/24	
カンピロバクター腸炎	3	3	1	1	2	10
病原大腸菌性腸炎	3	3	2	3	1	12
サルモネラ腸炎	0	1	4	1	4	10
マイコプラズマ肺炎	5	20	2	5	4	36
アデノウイルス感染症上気道感染症	0	4	1	4	3	12
アデノウイルス感染症下気道感染症	0	0	0	0	0	0
クラミジア呼吸器感染症	0	0	0	0	0	0
RSウイルス感染症	0	0	6	6	10	22
ロタウイルス胃腸炎	0	0	0	0	0	0

臨床診断例	43 週	44 週	45 週	46 週	47 週	合計
	10/21-10/27	10/28-11/3	11/4-11/10	11/11-11/17	11/18-11/24	
ヘルペス歯肉口内炎	1	0	0	1	0	2
川崎病	0	0	0	1	0	1

[特記事項]

4 4 週、下関圏域でマイコプラズマ肺炎 1 6 例

